Studie zum Kostenbewußtsein im Krankenhaus bei Arzt und Patient

ein Beitrag zur medizinischen Entscheidungslehre

Thomas Schenk

1979

Aus dem Zentralkrankenhaus Gauting
der Landesversicherungsanstalt Oberbayern
Direktor: Professor Dr. med. H. Blaha

Studie zum Kostenbewußtsein im Krankenhaus bei Arzt und Patient

ein Beitrag zur medizinischen Entscheidungslehre

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Thomas Schenk
aus
Krailling (Landkr. Starnberg)

München 1978

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr.med. Herbert Blaha

Mitberichterstatter: Prof. Dr.med. Nepomuk Zöllner

Dekan: Prof. Dr.med. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 5. Juli 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DISSERTATIONS– UND FOTODRUCK FRANK
8 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2 8 0 9 0 9 0

Für vielfältige Anregungen und Hilfen
danke ich besonders meinem Doktorvater
Herrn Professor Dr. med. Herbert Blaha sowie
Herrn Professor Dr. rer. oec. Günter Neubauer.

Herrn Diplom-Kaufmann Herbert Rebscher
bin ich ebenso für die freundliche Unterstützung zu Dank verpflichtet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535722_0030

In Dankbarkeit
meinen lieben Eltern
gewidmet

INHALT

Vorwort 1

A. Allgemeiner Teil

I. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

1. Der Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung in der jüngsten Vergangenheit 7

2. Prognose über die mögliche weitere Entwicklung der Kosten in den nächsten Jahren 11

II. Die Entwicklung der Kosten im Behandlungsbereich als Schwerpunkt aller Maßnahmen im Gesundheitswesen

1. Die Kostenentwicklung und Strukturveränderung in den drei wichtigsten Sparten der Behandlung 18

2. Die Meinung von befragten Patienten zum Verhältnis der Kosten für ambulante Behandlung und stationäre Behandlung zueinander 23

III. Die mangelnde Eignung des Preises als Regulativ für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Dauer und Umfang

1. Die spezifische Ausbildung bzw. Verkümmerung von Angebot und Nachfrage bei Krankenhausleistungen als Folge von Entscheidungen des Arztes 26

2. Unwirksamkeit der regulierenden Wirkung des Preises für die Krankenhausleistungen 38

3. Die Meinung von Patienten zu sieben vermuteten Ursachen der Kostenentwicklung 41

4. Der Ersatz für den unwirksamen ökonomischen Steuerungsmechanismus 48

a) Modell eines Regelkreises und seine Anwendung auf das Gesundheitswesen: die Kosten als Regulativ anstelle des Preises 48

5. Die bestimmende Funktion des Arztes bei Entscheidungen über die Nachfrage im Gesundheitswesen 60

a) Ethische Normen als Verhaltensparameter 61

b) Prioritäten bei ärztlichen Entscheidungen 63

Seite

c) Die komplexe Situation bei Entscheidungen des Arztes über Behandlungsmaßnahmen zur Erreichung eines Optimal- und/oder Maximalzieles 66

B. Besonderer Teil

I. Die Erhebungen zum Kostenbewußtsein im Gesundheitswesen durch Befragung von Ärzten 69

1. Kostenbewußtsein und Kostenwirksamkeit 70

2. Bestimmungsgrößen in Hinblick auf das Entscheidungsfeld der Befragten

a) Die externen Kosten 72

Lohnfortzahlung - Arbeitsunfähigkeit
Anteil der Ausgaben im Gesundheitsbereich am Bruttosozialprodukt

b) Die internen Kosten im Krankenhaus 80

durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in der BRD sowie in den USA und Schweden - der Pflegesatz und seine Kalkulationsgrundlagen - der Sachbereich mit dem relativ höchsten Kostenanteil a.d. Betriebskosten

c) Anschaffungspreise und Betriebskosten von medizinisch-technischen Geräten und Apparaten 87

Elektrokardiographie - Elektrophorese - Mammographie - Blutgruppenbestimmung - Hämodialyse - Szintigraphie - Thorax-Röntgenaufnahme - Intensivstation - Röntgengerät

d) Die Personalkosten 99

Bruttobezüge von Krankenschwester, Medizinisch-technischer Assistentin und Assistenzarzt
Verhältnis der Sachkosten zu den Personalkosten

e) Die Auswahl der Medikamente 103

3. Persönliche Ansichten zu Verhältnissen im Krankenhaus 107

Verkürzung der Verweildauer - Senkung des Pflegesatzes - Kosteneinsparungen in bestimmten Bereichen - Umstrukturierung im Krankenhaus - Ausbau der Präventivmedizin - Bettenvorhaltung auf der Intensivstation - Änderung der Verpflegungsverabreichung;
Anregungen von Ärzten zur Weckung bzw. Hebung des Kostenbewußtseins unter Einbeziehung der Patienten

Seite

II. Die Erhebungen zum Kostenbewußtsein bei Patienten

1. Ergebnisse der Patientenbefragung über 123
Beitragshöhe zur gesetzlichen Krankenversicherung 124
Externe Kosten der Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung 126
Kenntnis des Pflegesatzes und Beurteilung seiner Angemessenheit 129
Möglichkeiten einer Senkung des Pflegesatzes durch Rationalisierung 132
Einsparungen in bestimmten Krankenhausbereichen zwecks Pflegesatz-Senkung 133
den Sachbereich mit dem relativ höchsten Anteil an den Betriebskosten 134
der Krankenhausbereich mit dem höchsten Kostenanteil
die Kosten für die Versorgung eines Bettes im Krankenhaus 136
die Kosten für die Verpflegung 137
die Größenordnung des Anschaffungspreises eines Röntgenapparats und des Einkaufspreises für das Filmmaterial hierzu 138
Kenntnis von Name und Preis eines verabreichten Medikaments 141
Brutto-Stundenverdienst von Krankenschwester, Medizinisch-Technischer Assistentin und Assistenzarzt 144
Verhältnis der Sachkosten zu den Personalkosten 147

2. Persönliche Ansichten zur Versorgung im Krankenhaus 148
Zufriedenheitsgrad 149
Bereitschaft zu zusätzlichen eigenen Geldbeiträgen zwecks verbesserter Versorgung 150
Beurteilung der gegenwärtigen Beitragshöhe 151
Äußerung über das eigene Anspruchsverhalten 152
Führen hohe Krankenkassen-Beiträge zu vermehrter Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ? 154
Definition des Begriffes "Kostenbewußtsein" 155
Ist eine Verhaltensänderung bei genauerer Kenntnis der Kostenverhältnisse im Krankenhaus zu erwarten ? 157
Einstellung zum Vorschlag, bei Gehfähigkeit die Verpflegung in einem Speiseraum einzunehmen 159
Bereitschaft zur Übernahme eines Kostenanteils der Verpflegung 161

Seite

Wiedergabe geäußerter Ansichten über eine mögliche Kostensenkung im Gesundheitswesen durch Verstärkung der Maßnahmen auf dem Gebiet der Präventivmedizin und gesundheitsbewußter Lebensweise 162

C. Zusammenfassung 164

Literaturverzeichnis 170

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Ä gesamt	Gesamtheit der befragten Ärzte
Betriebs KK	Betriebskrankenkasse
ErsatzK	Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972
KVKG	Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG) vom 27.6.1977
L/OA	Gruppe der befragten leitenden Ärzte und Oberärzte
MA	Medizinalassistent
P gesamt	Gesamtheit der befragten Patienten
Privat	privatversicherte Patienten
RV	Rentenversicherung
UV	Unfallversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
LVA	Landesversicherungsanstalt

V O R W O R T

Die bis in die Gegenwart sich erstreckenden lebhaften Erörterungen über die nicht nur absolut, sondern auch relativ ungewöhnlich starke Zunahme der Ausgaben für die gesamten Sozialleistungen in der Bundesrepublik Deutschland etwa seit dem Jahre 1969 und die Diskussion über die finanzielle Lage der Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt nicht nur die Bundesregierung, die Bundesländer und die betroffenen Versicherungsträger, sondern alle von der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen betroffenen Kreise, vornehmlich die Versicherten, die Ärzte, die Krankenhäuser und die pharmazeutische Industrie. Dies ist verständlich, denn die im Sozialbudget der Bundesregierung ausgewiesenen Sozialleistungen im weiteren Sinne haben sich von 154 Milliarden im Jahre 1969 auf 335 Milliarden DM im Jahr 1975 erhöht; sie haben somit im Laufe von nur sechs Jahren um 181 Milliarden DM oder 118 Prozent zugenommen. Die Soziallastquote - der Anteil der gesamten Sozialleistungen gemessen am Brutto-Sozialprodukt - ist eine wichtige Kennzahl für das Ausmaß der Belastung und den dadurch auf die Volkswirtschaft ausgeübten Druck, in ihrer Bedeutung etwa gleichrangig der Steuerlastquote. Die Soziallastquote stieg im gleichen Zeitraum von 25,5 auf 32,3 Prozent, also um 6,8 Prozentpunkte oder um etwas mehr als ein Viertel (26,7 %). Eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung ist die Tatsache, daß die Sozialleistungen

kraft Gesetzes regelmäßig und in verhältnismäßig kurzen Abständen an die Entwicklung der Löhne und Gehälter angepaßt werden und somit voll "dynamisiert" sind. Damit ist die inflationäre Entwicklung gewissermaßen als Selbstverständnis in die Sozialleistungen eingebaut. Es wurde damals verkannt, daß auch andere volkswirtschaftliche Orientierungsdaten bei einer Anpassung der Sozialleistungen herangezogen werden müssen, um schädliche Entwicklungen zu vermeiden. Der Anstieg der Soziallastquote wurde aber auch durch kostenträchtige Sozialgesetze gefördert, die aus politischen Motiven insbesondere vor Bundestagswahlen beschlossen wurden. Als entlastendes Moment darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, daß ein Teil des starken Anstiegs der Soziallastquote seit Beginn des Konjunkturabschwunges und während der herrschenden wirtschaftlichen Flaute in der Bundesrepublik Deutschland infolge ihrer Berechnungsweise damit zusammenhängt, daß einerseits die Ausgaben für die Unterstützung der Beschäftigungslosen und die Entschädigung bei Kurzarbeit beträchtlich gestiegen sind, während andererseits das Brutto-Sozialprodukt als Bezugsgröße bedeutend langsamer gewachsen ist als in den Jahren der Hochkonjunktur und Vollbeschäftigung.

Hinsichtlich der Entwicklung der finanziellen Aufwendungen im Gesundheitsbereich, der ganz überwiegend durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt wird, spricht man vielfach von einer Kosten-"Explosion". Dieser Ausdruck dürfte nicht zutreffend sein, denn darunter wird doch stets ein plötzlich eintretendes Ereignis verstanden. In der Wirklichkeit vollzog sich

doch im Gesundheitsbereich ein seit Jahren im Gange befindlicher Prozeß einer fortgesetzten, wenn auch nicht gleichmäßigen Kostenzunahme, der in seinem Verlauf bei sorgfältiger Auswertung der Bevölkerungsstatistik wenn nicht absolut richtig, so doch auf wichtigen Teilgebieten mittelfristig ungefähr durchaus vorhersehbar war.

Die stärkste Kostenexpansion im Rahmen der Krankenversicherung hat im Laufe der letzten zehn Jahre zweifelsohne das Krankenhaus zu verzeichnen. Dort wurde die frühere Kostenstruktur vor allem durch einschneidende Neuordnungen auf dem Personalsektor so erheblich verändert, daß in dem an sich personalintensiven, dienstleistungsorientierten Krankenhaus nunmehr die Personalkosten mindestens 70 Prozent, meistens jedoch durchschnittlich 75 Prozent der Gesamtbetriebskosten des Krankenhauses betragen. Es wurden nicht nur größtenteils die Ordensschwestern durch freie Schwestern ersetzt, sondern es wurde auch die wöchentliche Arbeitszeit von 60 Stunden auf 40 Stunden reduziert, wodurch der Personalbedarf entsprechend stieg. Es mußte aber auch die Besoldung im Krankenhaus an das allgemeine Verdienstniveau angepaßt werden, wozu dann die jährliche Erhöhung der tariflichen Löhne und Gehälter als Folge der gewerkschaftlichen Lohnpolitik im öffentlichen Dienst - wozu auch die Krankenhäuser gehören - tritt mit einer besonders hohen Zuwachsrate im Jahr 1974. Der durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972 und die Bundespflegesatzverordnung vom 25.4.1973 geöffnete Weg einer Verlagerung aller Kranken-

hauskosten über einen starr pauschalierten und voll kostendeckenden Pflegesatz auf die Krankenversicherung bewirkte ein außergewöhnlich starkes Anschwellen der Leistungsaufwendungen der Krankenkassen für die stationäre Behandlung mit entsprechender Rückwirkung auf die Beiträge der Versicherten.

Auch die Kosten der ambulanten Krankenbehandlung sind im Laufe der letzten zehn Jahre stark angestiegen, allerdings nicht im gleichen Ausmaß wie im Krankenhauswesen. Dafür ist weniger die Entwicklung der Kassenarzthonorare verantwortlich, die vorwiegend an der allgemeinen Einkommensentwicklung orientiert waren, sondern eine Vielzahl von Faktoren, von denen die technische Weiterentwicklung in der ärztlichen Praxis in Verbindung mit den Fortschritten in der Medizin sowie die größere Bereitschaft, den Arzt aufzusuchen, in erster Linie zu nennen sind. Weitere Faktoren sind die Zunahme der chronischen Erkrankungen, die Überalterung der Bevölkerung mit der Folge eines vermehrten Behandlungsbedarfs sowie schließlich die erst in diesem Jahrzehnt eingeführten Krankheits-Früherkennungsuntersuchungen mit ihren Konsequenzen (Behandlung der Befunde).

Im Zusammenhang mit der expansiven Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im besonderen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Behandlungsbereich, kann wertfrei festgestellt werden, daß der Gesetzgeber selbst nicht unerheblich zum Kostenanstieg beigetragen hat (z.B. Ausdehnung des Versichertenkreises, Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für weitere Perso-

nenkreise, Leistungsausweitungen, nicht kostendeckende Krankenversicherung der Rentner unter Wegfall des früheren Mitfinanzierungsanteils der Rentner von 2 %).

Angesichts dieser außerordentlichen und volkswirtschaflich politisch bedenklichen Kostenentwicklung erhebt sich die Frage, ob sie zwangsläufig und überwiegend systemimmanent ist oder ob sie durch stärkere Motivation der Verantwortlichen zu einem sparsamen Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln, mit anderen Worten durch kostenbewußtes Verhalten der beiden Hauptgruppen im Gesundheitswesen - Ärzte und Patienten - in Verbindung mit anderen Maßnahmen (Planung, Organisation) zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus gedämpft werden kann. Wie überall im Gesundheitswesen fehlt bis jetzt auch im Krankenhaus der Zwang zum Sparen, weil die Art der Finanzierung und Preisbildung und die Unwirksamkeit der Gesetze der freien Marktwirtschaft als Regulativ nicht dazu zwingen, den Krankenhausbetrieb ausschließlich nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit zu führen, sondern im Gegenteil die Unwirtschaftlichkeit provozieren.

Weil die Marktgesetze im Gesundheitsbereich - wie an anderer Stelle noch eingehend dargelegt wird - nicht gelten, muß gefordert werden, daß restringierende Vorkehrungen in das gegenwärtige System eingebaut werden, wodurch die Handelnden ständig und effizient an das zu bewältigende Kostenproblem erinnert werden sollen. Das allein dürfte nicht genügen, es gilt auch "Anreize" für kostenbewußtes Handeln zu schaffen. Als Grundlage wei-

terer Überlegungen und Untersuchungen in dieser Richtung war daher in der vorliegenden Studie zunächst zu ermitteln, ob bei den Handelnden überhaupt ein Kostenbewußtsein vorhanden und wie stark es bejahendenfalls ausgebildet ist.

A ALLGEMEINER TEIL

I. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

1. Der Finanzbedarf für die Gesundheit der jüngsten Vergangenheit

Nach einer Zusammenstellung von Daten über die Kosten der Gesundheit in der BRD im Jahre 1972 des Statistischen Bundesamts (herausg. 1976 und als Manuskript vervielfältigt) betrugen die

	Mrd DM
Kosten ohne mittelbare Folgekosten	95,9
Mittelbare Krankheitsfolgekosten	40,6
Kosten insgesamt	136,5

Von den unmittelbaren Kosten (= ohne mittelbare Folgekosten) entfielen auf

	Mrd DM	%
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	5,0	5,3
Behandlung	50,3	52,5
Krankheitsfolgeleistungen	32,5	33,9
Ausbildung und Forschung	3,7	3,8
Nicht aufteilbare Kosten	4,4	4,5
	95,9	100,0

Der Hauptanteil lag somit bei den Kosten der Behandlung in Höhe von 50,3 Mrd DM bzw. 52,5 Prozent. Sie betreffen folgende Teilbereiche:

	Mrd DM	%
Ambulante Behandlung	14,3	28,4
Stationäre Behandlung	14,4	28,6
Stationäre Kurbehandlung	9,5	19,0
Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel Zahnersatz	12,1	24,0
	50,3	100,0

Aufgebracht wurden die Finanzmittel für die angefallenen Kosten im Gesundheitsbereich durch nachstehende Haushalte, Körperschaften, Versicherungen, aber auch durch die Arbeitgeber:

	Mrd DM	%
Öffentliche Haushalte	13,2	13,7
Private Haushalte	11,9	12,4
Private Krankenversicherung	4,8	5,0
Gesetzliche Versicherungen		
Rentenversicherung	6,8	7,1
Unfallversicherung	5,2	5,4
Krankenversicherung	36,2	37,8
Arbeitgeber	17,8	18,6
	95,9	100,0

Auf die drei gesetzlichen Versicherungseinrichtungen, die Kosten für Leistungen im Gesundheitswesen zu tragen hatten, entfielen im Jahr 1972

48,2 Milliarden oder 50,3 %

der unmittelbaren Kosten. Auf die private Krankenversicherung trafen dagegen nur 5,0 % der Leistungskosten. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bil-

det den Schwerpunkt der Absicherung der Bevölkerung gegen Krankheiten durch eine gesicherte Behandlung und gegen den damit eventuell einhergehenden Verdienstausfall. Ende des Jahres 1974 betrug die Zahl der abhängig Beschäftigten nach den statistischen Angaben der Deutschen Bundesbank zur allgemeinen Konjunkturlage 22,152 Millionen Menschen in der BRD. Zum gleichen Stichtag zählten die gesetzlichen RVO-Krankenkassen 33,5 Millionen Mitglieder unter Einschluß von 9,4 Millionen Rentnern. Es scheint demnach gerechtfertigt, in den nachfolgenden Untersuchungen und Ausführungen von den Daten und Verhältnissen bei der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen.

Die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft wird in erster Linie an ihrer Wertschöpfungskraft, dem Bruttosozialprodukt gemessen. Von anderen Indikatoren soll hier nicht die Rede sein. Das Bruttosozialprodukt in Marktpreisen ausgedrückt, entwickelte sich wie folgt:

Jahr	Mrd DM	Index
1960	303,0	100,0
1970	679,0	224,1
1973	920,1	303,7
1975	1031,1	340,3
1976	1124,9	371,3

In der gesetzlichen Krankenversicherung vollzog sich die Entwicklung der Gesamtausgaben ohne Verwaltungskosten folgendermaßen:

	Jahr	Mrd DM	Index
	1960	9,0	100,0
	1970	2,4	266,0
	1973	41,0	457,3
	1975	58,6	654,0
geschätzte Erwartung f.	1978	93,2	1039,6
"	1980	108,6	1211,5

Die sehr stark auseinanderlaufende Entwicklung zwischen Bruttosozialprodukt und Leistungsausgaben der GKV - ersichtlich am jeweiligen Index - läßt erkennen, in welchem Maße die Kosten für die Gesundheit ihren Anteil an der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft vergrößert haben. Dieser unverhältnismäßige Anstieg des finanziellen Aufwands für die Gesundheit kommt auch in seinem ständig seit 1960 steigenden Anteil am Bruttosozialprodukt zum Audruck.

Jahr	Anteil in %
1960	3,0
1970	3,5
1973	4,5
1975	5,7

Als Ergänzung dieser Kurzdarstellung der Ausgabenentwicklung in der GKV soll auch die zunehmende Belastung eines Pflichtmitgliedes der GKV mit Anspruch auf Lohnfortzahlung mit Beiträgen aufgezeigt werden.

Im Jahre 1960 betrug der Beitrag noch etwa 5,7 % des Verdienstes bis zur Beitragsbemessungsgrenze, stieg dann bis 1975 auf 10,55 % und es muß damit gerechnet

werden, daß er im Jahr 1980 etwa 14,5 % betragen wird, wenn der Ausgabenüberhang durch Beitragssatzerhöhungen ausgeglichen werden soll. Nach GEIßLER mußte oder müßte ein Versicherter mit einem durchschnittlichen Verdienst einschließlich Arbeitgeberanteil folgende Krankenversicherungsbeiträge entrichten:

1960 : DM 29,18 / Monat
1975 : DM 197,39 / Monat
1980 : DM 404,11 / Monat

Die Steigerung von 1960 bis 1980 beträgt nahezu das 14-fache des Ausgangsbeitrages.

2. Prognose über die mögliche weitere Entwicklung der Kosten in den nächsten Jahren

Als Vorschau zur künftigen Kostenentwicklung der GKV bis zum Jahr 1979 bzw. 1980 liegen derzeit drei Studien vor. So befassen sich Dr. Heiner GEIßLER [1], die Bundesregierung [2] und der Bundesverband der Ortskrankenkassen [3], jeweils voneinander unabhängig er-

---

1) GEIßLER, H.: "Krankenversicherungsbudget '80, Mainz 1976

2) Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg), Sozialbericht 1976, Bonn 1976

3) Angabe nach HERDER DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen", Köln 1976, S. 44

arbeitet, mit detaillierten Prognosen über die weitere Kostenentwicklung. Dabei übertrifft die Schätzung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen mit 115 Mrd DM GEIßLER's vorsichtigere Voraus- bzw. Hochrechnung von 113,1 Mrd DM (Leistungsausgaben von 108,6 Mrd plus 4,5 Mrd Verwaltungskosten). Die Divergenz beruht in erster Linie auf der unterschiedlichen Einschätzung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Dagegen bleibt der Ansatz im Sozialbudget der Bundesregierung deutlich hinter den Prognosen der Genannten zurück, denn für das Jahr 1979 wird nur mit Ausgaben von 95,4 Mrd DM gerechnet. Unter Berücksichtigung der bisherigen Fehlerquote ergeben sich dann höhere Werte, die ungefähr in der Größenordnung der von GEIßLER und den Ortskrankenkassen prognostizierten liegen. Da GEIßLER's Studie in den Funktionsbereichen am weitesten aufgeschlüsselt und somit am leichtesten rekapitulierbar ist, beziehen sich die nachfolgenden Darstellungen auf das "Krankenversicherungs-Budget '80".

Die auseinanderlaufende Entwicklung beim Bruttoverdienst, der für eine Beitragserhöhung eine wesentliche Grundlage ist, und bei den Leistungsausgaben mündet zwangsläufig in das Finanzierungsproblem für die nichtgedeckten Ausgaben. Über die verursachenden Faktoren der Kostenexpansion besteht allerdings keine einheitliche Ansicht. Es bezeichnen vielmehr die einzelnen Interessengruppen je nach Standort völlig unterschiedliche Gründe als kostentreibende Ursache.

Durchschnittliche jährliche Zuwachsraten in Prozent anhand ausgewählter volkswirtschaftlicher Daten:

	1970/1960	1975/1970	1980/1975	
	%	%	%	
1. Bruttosozialprodukt	8,5	8,6	10 rd.	1)
2. Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte (1970 = 100)	2,6	6,2	4,5rd.	1)
3. Bruttolohn und Gehalt je beschäftigten Arbeitnehmer	8,4	10,3	8,3rd.	1)
4. Anzahl der Rentner	3,8	3,8	2,0	2)
5. Anzahl der Mitglieder (ohne Rentner)	0,5	1,1	0	2)
6. Leistungsausgaben der GKV insgesamt	10,3	19,7	13,1	
	Elastizitätskoeffizient:			
Leistungsausgaben	1,23	1,91	1,58	

1) gemäß gesamtwirtschaftlichen Zielprojekten

2) der Elastizitätskoeffizient besagt, um wieviel Prozent sich die Kosten der GKV für einen bestimmten Zeitraum bei einer Veränderung der Einkommen um 1 Prozent verändern.

Quelle: Zusammenstellung nach GEIßLER, H.: "Krankenversicherungsbudget '80", S. 6, 26

Ein vergleichender Blick ins Ausland zeigt aber, daß die derzeitige Kostenentwicklung in der GKV der BRD keine isoliert auftretende Erscheinung ist. Sie ist vielmehr überall - also auch in Systemen verschiedenen Zentralisierungsgrades - zu beobachten.[1)]

Ähnliche Entwicklungstendenzen sind auf dem Sektor Bildungswesen zu verzeichnen. "Es gibt nahezu keinen Bereich der Dienstleistungen, der nicht durch große und übergroße Wachstumsraten gekennzeichnet wäre." [2)] Diese Beobachtung stützt die Prognose FOURASTIÉ's einer zukünftigen Erweiterung des tertiären Sektors. [3)] Mit zunehmender Befriedigung von sekundären Bedürfnissen bei gleichzeitiger Arbeitszeitverkürzung wird der "individuelle Hunger nach Tertiärem" [4)] größer. Für CLARK nähert sich die Nachfrage nach Sachgütern asymptotisch einem Wert, den sie sogar bei steigendem Einkommen nicht zu überschreiten vermag: "der Rest des Einkommens wird auf Dienstleistungen verwendet ... und dieser Anteil wird allmählich weiter steigen." [5)] Da der Tertiärsektor ganz

---

1) vgl. u.a.: SALOWSKY, H., SEFFEN, A. "System - und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industriestaaten", Köln 1976, S 26 ff

2) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 27

3) Tertiärer Sektor: Dienstleistungen im Gegensatz zu sekundärem Sektor = Industrieprodukte und primärem Sektor = landwirtschaftliche Erzeugnisse

4) FOURASTIÉ, J.: "Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts", 2. Auflage, Köln 1969, S. 244

5) CLARK, C.: "The conditions of economic progress", London 1940, 3. Auflage 1957, S. 380; zitiert nach REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in der BRD unter besonderer Berücksichtigung mikroökonomischer Aspekte"; unveröffentlichte Diplomarbeit, München 1977, S. 58

verschiedene Dienstleistungen umfaßt, kann sich intern eine bevorzugte Tendenz - z.B. für höher einzustufende persönliche Dienste wie medizinische Leistung - entwikkeln. [1]

Aber nicht allein externe Einflüsse, wie hier von den gesellschaftlichen Wandlungen ausgehend, sind kausal für die zunehmende Kostenbelastung. Auch die Eigentümlichkeiten der Dienstleistung sind an dieser Entwicklung nicht unwesentlich beteiligt. Da Gesundheitsleistungen in der Regel nur dann erbracht werden, wenn der Patient selbst die ärztliche Betreuung aufsucht, ist also eine "Kundenpräsenz" [2] erforderlich, wobei die Nachfrage an sich nur schwer vorhersehbar ist (z.B. Unfall). Folglich muß eine "Politik der Leistungsvorhaltung [3], wie z.B. Bereitschaftsdienst, betrieben werden, die sich allerdings in den Kosten spürbar bemerkbar macht (Nacht- und Wochenendtarif). Einsparungen mittels Rationalisieren sind kaum

---

1) vgl. REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ..." S. 58

2) WALTERSPIEL, G.: "Gemeinsame Besonderheiten investitionsintensiver und kundenpräsenzbedingter Dienstleistungsbetriebe" in: SCHMALENBACHs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 18. Jg. Köln 1966, S. 12
zitiert nach REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ..." S. 58 und 59

3) SCHÜLLER, A.: "Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland" Köln - Opladen, 1967, S. 75

möglich wegen der "geistig immateriellen Bewegungskomponente" [1] von Dienstleistungen. Auch eine ökonomische Effizienzermittlung medizinischer Versorgung über den Output erweist sich durch das persönliche Verhältnis von Anbieter und Nachfrager oftmals als schwierig, "wobei jede Qualitätskontrolle letztlich der Qualitätssicherung und -verbesserung dienen soll ".[2] Entsprechende Bemühungen sind aus dem Ausland bereits bekannt. So laufen in den USA und Großbritannien unter dem Namen "Nursing Audit" Versuche, die Qualität der Krankenpflege systematisch zu messen. In den Niederlanden ist Utrecht der Sitz einer Stiftung für medizinische Dokumentation, die 75 Prozent aller Krankenhäuser mit 90 Prozent aller stationären Patienten in diesem Land erfassen kann. Die wesentlichen Daten erstrecken sich auf behandelnden sowie konsultierten Arzt, Haupt- und Nebendiagnose, Operation und Anaesthesie, Daten der histologisch-zytologischen Pathologie, Aufenthaltsdauer etc ".[3] Als eine der vielen Anwendungsmöglichkeiten kann der Krankenhausarzt neben Daten über den von ihm behandelten Patienten auch signifikante Abweichungen von z.B. regionalen Durchschnittswerten bei bestimmten Fragestellungen erfahren. In Kanada wurden ebenfalls verschiedene Versuche der Qualitätskontrolle in der Krankenbehandlung gestartet. Meßmethoden dieser Art werden

---

1) SCHÜLLER, A.: "Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland", Köln-Opladen 1967, S. 89 zitiert nach REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse..." S. 56

2) SWERTZ, P.: "Effizienz- und Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus" in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 47 v. 18.Nov. 1976, S. 3031

3) SWERTZ, P.: a.a.O. S. 3034

für die medizinische Versorgung der Bundesrepublik noch relativ wenig verwendet. Ein Anfang wurde aber bereits gemacht. So unterliegt die Reinheit vieler pharmakologischer Substanzen - wie z.B. die Impfstoffe - einer ständigen Qualitätskontrolle bereits für die statistische Qualitätssicherung in den Labors niedergelassener Ärzte (externe Kontrollmöglichkeit über sog. Ringversuche). Auch besteht eine Zusammenarbeit von deutschen Krankenhausorganisationen mit dem Sozialforschungsinstitut Infratest, München. Ziel ist ein Erfassen von Daten bezüglich Diagnose und Therapie auf stationärem Sektor. Die seit 1. Juli 1973 laufende Untersuchung trägt die Bezeichnung "Deutscher Hospital Index ".

II. Die Entwicklung der Kosten im Behandlungsbereich als Schwerpunkt aller Maßnahmen im Gesundheitswesen

1. Die Kostenentwicklung und Strukturveränderung in den drei wichtigsten Sparten der Behandlung

Während des Zeitraumes von 1960 bis 1975 haben sich die Kosten für die Behandlung der Versicherten in der GKV in ihrer absoluten Höhe bekanntlich stark erhöht. Zugleich vollzog sich aber auch eine Änderung in der internen Struktur der Behandlungskosten. Daneben verläuft noch eine andere Entwicklung dergestalt, daß die Ausgabensumme der drei Sparten für die Behandlung in Bezug auf die gesamten Leistungsausgaben ihren prozentualen Anteil, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, ständig erhöht. Nachstehende Tabelle [1] läßt diese Entwicklung deutlich werden.

Kostenbeitrag und Anteil in Prozent am Gesamtleistungsbudget der GKV

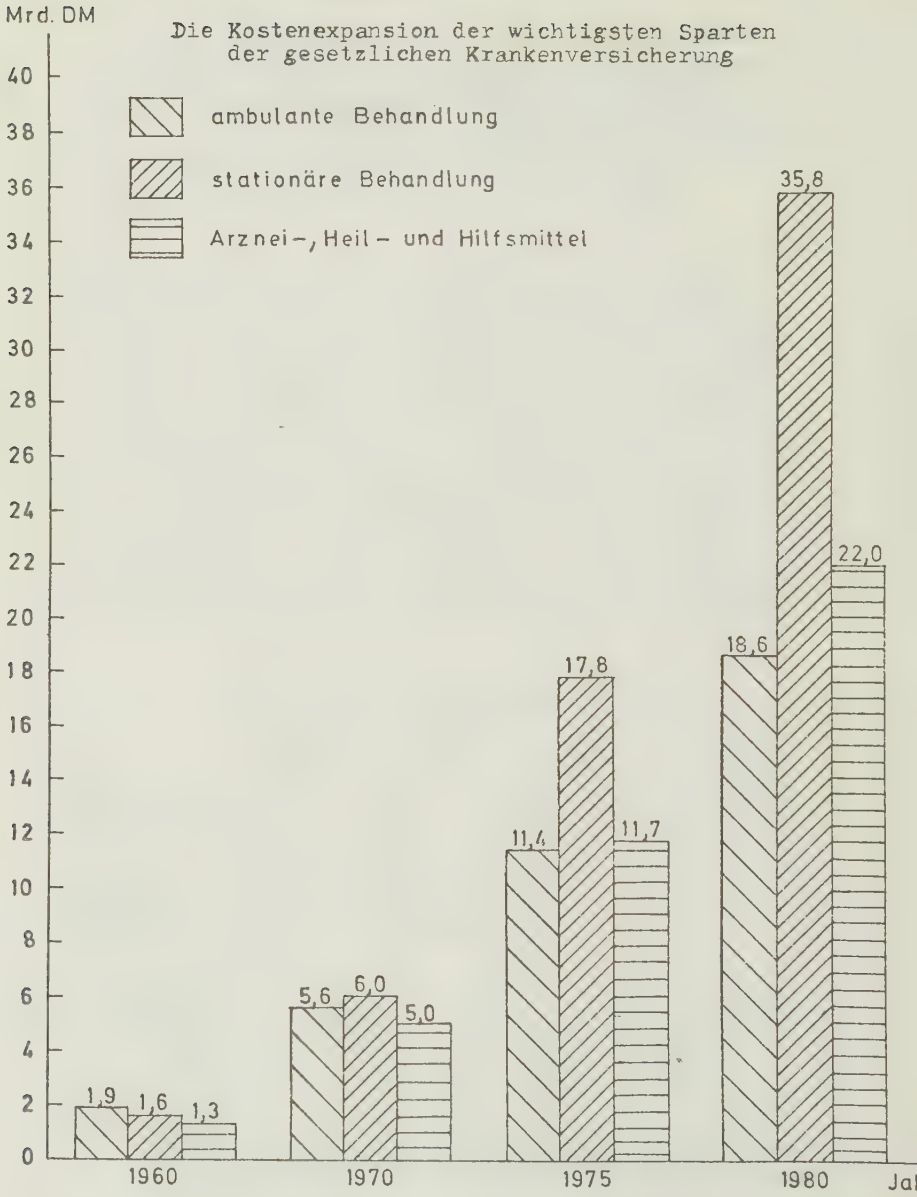
	1960		1970		1975		1980	
	Mrd DM	%	Mrd DM	%	Mrd DM	%	Mrd DM	%
ambulante Behandlung durch Ärzte	1,9	20,9	5,6	22,9	11,4	19,5	18,6	17,1
stationäre Behandlung im Krankenhaus	1,6	17,5	6,0	25,2	17,8	30,4	35,8	33,0
Arzneien, Heil- u. Hilfsmittel	1,3	14,6	5,0	21,0	11,7	19,9	22,0	20,4
zusammen %		53,0		69,1		69,8		70,5
Mrd DM	4,8		16,6		40,9		76,4	

Quelle: REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV der BRD unter besonderer Berücksichtigung mikroökonomischer Aspekte".
Unveröffentlichte Diplomarbeit München 1977, S. 30

1) Entnahme der Zahlen aus GEIßLER, H.: "Krankenversicherungsbudget '80" , Mainz 1976

Aus vorstehender Tabelle ist das folgende Säulendiagramm entwickelt, aus dem neben dem Kostenwachstum vor allem auch die Strukturverschiebung innerhalb der Behandlungskosten zu ersehen ist.

SCHAUBILD 1



Quelle: In Anlehnung an Herder-Dorneich, P. :
"Die Kostenexpansion ....." S. 86

Das beträchtliche Ausmaß der Kostensteigerung wird durch die Indizierung der absoluten Werte besonders deutlich:

	1960	1970	1975	1980
ambulante Behandlung	100	295	600	979
stationäre "	100	375	1112	2238
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	100	385	900	1692

Es ist sehr bemerkenswert, daß die Kosten für ambulante Behandlung (ohne Zahnbehandlung und Zahnersatz) die geringste relative Steigerung aufzuweisen haben. Ihr Anteil an den gesamten Leistungsausgaben ist von 20,9 % im Jahr 1960 auf 19,5 % in 1975 leicht gesunken; er soll bis zum Jahre 1980 lt. Prognose GEIßLER nur noch 17,1 % betragen. Die Kostenentwicklung für Arzneien usw. übertrifft am Ende zwar die für ambulante Behandlung. Sie ist aber weitaus mäßiger als die Kostenentwicklung der stationären Behandlung. Der Kostenanteil für Arzneien ist strukturell nach dem Anstieg im Zeitraum 1960/70 auf 21,0 % bis zu den Jahren 1975 bzw. 1980 wieder leicht rückläufig. Dieser Kostenbereich hat somit entgegen der oft zu hörenden Meinung keine besonders auffallende Entwicklung seit 1970 aufzuweisen.

Den steilsten Anstieg erfuhren die Kosten für stationäte Behandlung im Krankenhaus. Nach der Prognose werden sie im Laufe von zwei Jahrzehnten (1960-1980) wahrscheinlich um das 22-fache angewachsen sein. Dann sollen sie 33 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV

betragen. Ihr relativer Anteil hieran hat sich in der Zeitspanne von 1960 bis 1979 von 17,5 % auf 30,4 % erhöht, was einer beträchtlichen Strukturverschiebung gleichkommt. Es ist auch festzuhalten, daß die Kosten der oben angeführten drei Hauptsparten der Behandlung ihren Anteil an den gesamten Leistungsausgaben im Laufe des Zeitraumes 1960 / 75 von 53,0 % auf 69,8 % erhöht haben, was zum größeren Teil durch die Expansion der Kosten für stationäre Behandlung verursacht wurde. Dieser Erhöhung des prozentualen Anteils auf 69,8 % steht ein entsprechender relativer Rückgang der restlichen Sparten der Leistungsausgaben (Krankenhilfe-Barleistungen, Mutterschaftshilfe, Vorbeugung und Verhütung, Sterbegeld, Zahnbehandlung und -ersatz) gegenüber. Für das Jahr 1980 wird ein Verhältnis der drei Hauptsparten zu den restlichen Sparten von 70,5 : 29,5 (in 1960 : 53,0 : 47,0) prognostiziert.

Bei kritischer Wertung des Zahlenmaterials ist zu erkennen, daß vor allem die Kostenentwicklung der stationären Behandlung im Krankenhaus das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung ständig vergrößert. Zu dieser Entwicklung haben vorrangig zwei Gruppen von Ursachen beigetragen, nämlich

1. laufende Erhöhungen der Betriebskosten
2. erhöhte Nachfrage nach Leistungen .

Bei Punkt 1 sind es überwiegend die durch Lohn- und Gehaltstarife bedingten zwangsläufigen Steigerungen der Personalkosten mit ihrem hohen Anteil (mind. 70 %) an den Gesamtkosten und den daraus resultierenden Prob-

lemen der internen Bewältigung eines so hohen Fixkostenblocks (Bettenkapazitätsauslastung, Verweildauer). Ferner schlagen sich in den Kosten die oft umfangreichen Untersuchungen der Patienten im Krankenhaus nieder. Auf deren erneute Vornahme kann trotz bereits bei der ambulanten Behandlungdurchgeführten Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen) nicht verzichtet werden, da der Erfolg einer Behandlung im Krankenhaus von der Qualität und dem Umfang der Untersuchungen abhängt.

Zu Punkt 2 ist es zum einen die allgemein erhöhte Nachfrage nach einer Krankenhausbehandlung, sei es aus geschwundener Scheu vor dem Aufenthalt im Krankenhaus oder sei es aus gestiegenem Gesundheitswillen. Zum anderen führt auch die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung mit wachsendem Anteil der älteren Menschen und aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses und zwar zu sich fortlaufend erhöhenden Pflege- und Arztkosten.

2. Die Meinung von befragten Patienten zum Verhältnis der Kosten für ambulante und stationäre Behandlung zueinander

Im Rahmen der vom Verfasser durchgeführten Erhebung zum Kostenbewußtsein im Krankenhaus durch Befragung (vgl. Teil B) wurden auch Patienten in Krankenhäusern nach ihrer Meinung darüber befragt, ob die ambulante Behandlung oder die stationäre Behandlung im Krankenhaus die höheren Kosten verursache. Das Ergebnis ist nachstehender Übersicht zu entnehmen.

TABELLE 1

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges. Durchschn.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ambulante Beh.	47,2	43,7	50,0	55,6	47,8
b) stationäre B.	31,9	50,0	42,9	38,9	38,2
c) ohne Meinung	20,9	6,3	7,1	5,5	14,0
weiblich					
zu a)	50,8	40,9	42,9	38,1	45,2
zu b)	27,0	43,2	42,9	52,4	37,0
zu c)	22,2	15,9	14,2	9,5	17,8

Der Meinungsdurchschnitt sowohl der männlichen als auch der weiblichen Befragten hielt die Kosten für die ambulante Behandlung für höher bzw. aufwendiger als die für die stationäre Behandlung. Das in Wirklichkeit gerade umgekehrte Verhältnis wurde nur von männlichen Ersatzkassen-Mitgliedern und von weiblichen privatversicherten Patienten richtig angegeben.

Nach H. GEIßLER [1] haben sich sowohl die Krankenhaustage der Mitglieder als auch die durchschnittlichen Pflegekosten je Krankenhaustag wie folgt erhöht:

1) GEIßLER, H.: "Krankenversicherungsbudget '80", Mainz 1976

	Krankenhaustage je 100 Mitgl.	durchschnittl. Pflegek. je Tag	
	DM	DM	Index
1960	316,1	17,24	100
1970	319,6	53,48	310
1973	324,3	93,06	540
1975 (gesch.)	327,5	134,59	781

Der Index der durchschnittlichen Pflegekosten ist in der Zeitspanne 1960 / 75 auf 781 gestiegen, während in dem gleichen Zeitraum der Index für die Gesamtkosten der stationären Behandlung auf 906 gestiegen ist. Der Unterschied wird vermutlich in erster Linie durch die in vermehrtem Maße gebotene und in Anspruch genommene medizinische Behandlung (z.B. Intensivstation) begründet sein.

III. Die mangelnde Eignung des Preises als Regulativ für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Dauer und Umfang

1. Die spezifische Ausbildung bzw. Verkümmerung von Angebot und Nachfrage bei Krankenhausleistungen als Folge von Entscheidungen des Arztes

"Grundsätzlich geht der Bedarf an Krankenhausleistungen - d.h. das Bedürfnis, im Krankheitsfall in einem Krankenhaus untersucht, behandelt und gepflegt zu werden - vom Einzelmenschen aus" [1].

Hier ist eine Korrektur der Auffassung insofern angebracht, als der Kranke nur ein Bedürfnis äußern und erst der Arzt einen aktuellen Bedarf definieren und spezifizieren kann.[2] Neben dem Verhältnis Patient - Krankenhaus besteht noch ein übergeordnetes verpflichtendes Interesse von Seiten des Staates, die gesundheitliche Versorgung für die Gesamtheit seiner Bürger zu sichern. Hierzu zählt die dem Bedarf entsprechende Bereitstellung von Krankenhäusern.

Da für die Krankenhausleistungen eine Angebots- und Nachfrageseite besteht, liegt die Annahme eines Krankenhaus - Marktes im echt ökonomischen Sinne auch hier nahe. So steht Anbieter A dem Nachfrager N gegenüber. Im einfachsten Fall bleibt der Austausch von Leistung und Gegenleistung auf beide beschränkt, wenn der Nachfrager mit dem Konsumenten und Zahler der Leistung identisch ist. Für den Krankenhaus - Markt ist eine solche Modellvorstellung nur bei einer weitergehenden Differenzierung zutreffend.

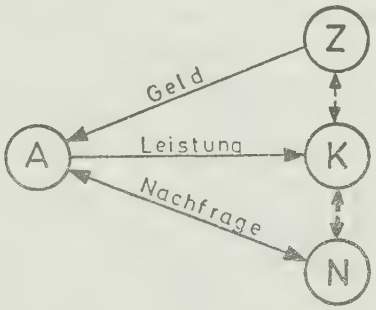
---

1) BENSCH, W.: "Werden unsere Krankenhäuser wirtschaftlich geführt ?" in "Der Bürger im Staat"; Hrsg.: Landeszentrale für politische Bildung, Baden-Württemberg, 26.Jg., Heft 4/1976, S.254

2) vgl. REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ...", S. 218

Zwar stehen Anbieter -A- und Nachfrager -N- wiederum einander gegenüber, jedoch tritt nun als Variante ein Dritter in die Wechselbeziehung der beiden ein - nämlich der Zahlende -Z- . Allerdings ist Konsument -K- der Leistung nicht mehr gleichzeitig Nachfrager. Die Leistung selbst wird weder vom Nachfrager noch vom Konsumenten gezahlt. [1)]

SCHAUBILD 2



Quelle: HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 94

Auf der Seite des Nachfragers tritt also eine Funktionstrennung ein, denn im strukturellen Aufbau der sozialen Sicherung ist der Grund zu suchen, warum die gängigen Marktfunktionen, die auf dem Gütermarkt in der Hand meist einer einzigen Person liegen, geteilt sind. Als Konsequenz ergibt sich, daß nicht nur einer der 'Funktionsträger' für sich allein die Nachfrage determinieren kann, sondern daß dazu die Gesamtheit der an diesem System Beteiligten erforderlich ist. In der Regel wird der Patient

---

1) vgl. HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 94

als Konsument ärztlicher Leistung ein Laie sein, was medizinische Sachfragen anbelangt. Im ökonomischen Sinne wird er größtenteils nicht in der Lage sein, seinen objektiv gerechtfertigten Bedarf an ärztlicher Leistung selbst zu artikulieren, sondern nur ein Bedürfnis äußern. Daß er den persönlichen Vorteil von Art und Menge medizinischer Leistung zumindest nicht bewußt zu erfassen vermag [1], begründet ja gerade die dominierende Position des Arztes bei der Nachfragebestimmung. Denn nur er allein verfügt aufgrund seiner Ausbildung über das relevante Wissen, das wiederum ihm zur Entscheidungsbefugnis verhilft, den Bedarf über Art und Leistungsmenge festzulegen [2].

Sobald der Kranke, als Initialnachfrager, die Entscheidung getroffen hat, einen Arzt zu konsultieren, wechselt der anfängliche Leistungsanbieter seine Rolle und präsentiert sich von nun an als der eigentliche Nachfrager. Doch Bedürfnis und Bedarf wären finanziell gesehen wertlos, solange sie der Kaufkraft entbehren müssen. Erst mit Hinzutreten der Krankenkasse wird die Bezahlung der Leistung gesichert; entsprechend dem Leistungskatalog der jeweiligen Kasse avanciert das initiale Bedürfnis via objektivierten Bedarf zurNachfrage, die erst bei vorhandener Kaufkraft existent wird [3].

---

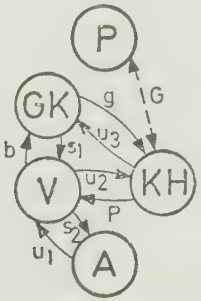
1) abgesehen wird hierbei von der konkreten Formulierung des Bedarfs durch chronisch- oder Langzeitkranke.

2) vgl. auch BLOHMKE, M.: "Wie ändern sich Inanspruchnahme und Bedarf an ärztlichen Leistungen durch den Patienten bei steigendem Angebot ?" in: Allgemeinmedizin international, Heft 4, 1976, S. 155

3) vgl. REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ...",S. 86

HERDER-DORNEICH überträgt nun diese Modellvorstellungen auf die stationäre Krankenversorgung. Welche einzelnen Elemente sind daran beteiligt, in welche Beziehung zueinander treten sie und welche ökonomischen Folgerungen resultieren daraus ?
Bei den Beteiligten handelt es sich um den Versicherten als Patient (V), die gesetzlichen Kassen (GK) und das Krankenhaus (K H)

SCHAUBILD 3



Quelle: HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ... S. 106

Der Bewegungsablauf innerhalb dieser Kausalkette beginnt mit dem Gang des Patienten zum niedergelassenen Arzt (A). Sofern der Arzt einen aktuellen Bedarf feststellen kann, erhält der Patient im Tausch gegen den Krankenschein seiner Kasse einen Überweisungsschein (u_1), den er als sog. "Wertpapier" [1] dem Krankenhaus in Erwartung einer Leistung

---

1) = Steuerungsmittel II. Grades nach HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ...", S. 99

aushändigt (u_2). Ärztliche Behandlung, Pflege und Verpflegung (p) sollen erbracht werden. Das sog. Wertpapier entspricht einer finanziellen Forderung (u_3) gegenüber der Kasse, zu deren Einlösung die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet ist. Die Höhe dieser Forderung ist von der Verweildauer abhängig; sie wird in Form des Pflegesatzes (g) als Pauschalbetrag "kostendeckend" [1] kalkuliert. Dieser wiederum ist das Resultat von Verhandlungen zwischen Krankenhaus und den Kassen. Einflußnahme von außen kann nur von Seiten des Politikers (P) über die Landesregierung erfolgen (G) [2].

Zusammenfassend läßt sich feststellen: "Dem Krankenhaus als Produzent und Anbieter der gewünschten Leistung steht der Patient als Nachfrager gegenüber. Als ... Marktpartner kommt die Öffentliche Hand als Bürge für die Bereitstellung ausreichender Krankenhausleistungen hinzu." [3] Es treten jedoch besondere Bedingungen hinzu, sodaß möglicherweise eine Markt-Sonderstellung vorliegen kann.
So spricht EICHHORN [4] von Gegebenheiten (z.B. geographischer Art), die noch nicht einmal als Ausnahmefall zu werten sind, aber dennoch die Struktur dieses Marktes sowohl auf Anbieter wie auch auf Nachfragerseite zu einer oligopol- oder gar monopolähnlichen Situation hin verwandeln. EICHHORN [4] wie auch ZÖLLNER [5] sehen sogar unter der Vor-

---

1) So festgelegt im Rahmen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes, Bundespflegesatzverordnung

2) Vgl. HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 106

3) BENSCH, W.: "Werden unsere Krankenhäuser wirtschaftlich geführt?" S. 259

4) Vgl. EICHHORN, S.: "Krankenhausbetriebslehre Bd. II, 2. Auflage 1973, S. 248

5) ZÖLLNER, D.: "Die Ökonomie der Versorgung mit Gesundheitsleistungen" in Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft, Hrsg.: Kruse A. 85. Jg. 1965, I. Halbband, Berlin, S. 197

aussetzung, daß in räumlicher Nähe die Kassen mit den Anstalten zu Arbeitsgemeinschaften zusammenfinden, die Bedingungen für das Vorliegen eines bilateralen Monopols erfüllt. Die Zahl der Krankenhäuser in einem bestimmten Einzugsgebiet ist relativ klein (von Ballungszentren abgesehen); in der Regel wird ein Gebiet nur von wenigen Allgemeinen Krankenhäusern versorgt, nicht selten nur von einem einzigen. Auch hinsichtlich ihrer verschiedenen Leistungsarten muß man differenzieren: so unterscheidet sich ein Zentralversorgungskrankenhaus von einem Grundversorgungskrankenhaus hinsichtlich ärztlich-pflegerischer Zielrichtung grundlegend.
Ähnlich zeigt sich die Nachfrageseite, die sich zwar aus der Vielzahl der einzelnen Versicherten und Patienten zusammensetzt, aber in vergleichsweise wenigen Krankenkassen vereint sind. Die Tatsache, daß mehr als 40 Prozent aller stationären Patienten [1] der jeweiligen Allgemeinen Ortskrankenkasse angehören, erlaubt die Annahme zumindest eines Oligopols.
Als Konsequenz stellt sich die Frage, inwieweit bei einer Marktstruktur - wie EICHHORN und ZÖLLNER sie sehen - der Preis in Form des Pflegesatzes die Höhe der Kosten noch zu regeln vermag.

In einem nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen geführten und demgemäß in der Regel auf angemessene Gewinnerzielung ausgerichteten Unternehmen ist das Streben nach höchster Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung die Voraussetzung für eine optimale Kostengestaltung zur Erzielung eines am Markt wettbewerbsfähigen Preises. Die Anwendung würde ergeben, daß "ein Teil des von der Allge-

---

1) EICHHORN, S.: "Krankenhausbetriebslehre", Bd. II, S. 249

meinheit als notwendig anerkannten Bedarfs an Krankenhausleistungen nicht gedeckt wäre".[1] Der Grund liegt in der monopolähnlichen Situation des Anbieters und der Bedarfsstruktur auf Seiten des Konsumenten. Infolgedessen wäre das Gewinnmaximum für jedes Krankenhaus unter Voraussetzung der freien Preisgestaltung bei entsprechend hohem Pflegesatz und relativ geringer Bettenkapazität erreicht. Bei einem Markt mit freiem Wettbewerb bestünde nun für den Konsumenten die Wahlfreiheit, in ein anderes Krankenhaus überzuwechseln. Diese Möglichkeit entfällt jedoch, da alle Krankenhäuser eine Verringerung des Bettenangebotes mit gleichzeitiger Erhöhung des Pflegesatzes anstreben würden, um maximalen Gewinn erzielen zu können. Wenn auch durch die Aussicht auf hohen Gewinn weitere Konkurrenz in Form von neuen Krankenhäusern am Markt teilhaben würde, so müßte doch immer noch ein gewisser Anteil der Patienten auf einen notwendigen Krankenhausaufenthalt verzichten: er will oder könnte den gewinnmaximalen Pflegesatz nicht zahlen.[2] Bei einem solchen Verzicht gleicht dann wiederum der Preis Angebot und Nachfrage aus, inaktiviert aber einen Teil des Bedarfs, "an dessen Deckung die Allgemeinheit ein großes und berechtigtes Interesse hat."[3] So kann man zu der Auffassung gelangen, daß hier das Prinzip von freier Preisbildung und Gewinnoptimierung möglicherweise zu einer Gefährdung für die gesundheitliche Versorgung als Teil der sozialen Sicherung werden kann.[4]

---

1) EICHHORN, S.:"Krankenhausbetriebslehre" Bd. II,S.250

2) vgl. EICHHORN, S.: a.a.O. S. 250

3) EICHHORN, S.: a.a.O. S. 258

4) vgl. EICHHORN, S.: a.a.O. S. 258

Den Bemühungen um eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im gesamten Krankenhaus-System steht die spezifische Kostenstruktur hindernd entgegen. Wie bereits erwähnt, sind im Krankenhaus als einem Dienstleistungsbetrieb mit einer sehr hohen Betriebsbereitschaft die von der Auslastung der Bettenkapazität unabhängigen festen Kosten (Fixkosten) dominierend. Diese bilden daher auch das wichtigste Preisbildungselement für den Pflegesatz. Bei ungenügender Nutzung der vorhandenen Bettenkapazität entsteht ein Erlösausfall, wodurch ein Teil der Fixkosten nicht mehr gedeckt wird. Um Kostendeckung zu erreichen, ist das unterbelegte Krankenhaus gezwungen, den Pflegesatz entweder zu erhöhen -falls er nicht bereits eine kalkulatorische Reserve enthält- oder aber die Verweildauer grundlos zu verlängern. Viele Stellungnahmen zur preispolitischen Relevanz des Pflegesatzes gehen von der Annahme aus, daß der derzeit geübte Abrechnungsmodus das Krankenhaus zu einer Verlängerung der Verweildauer geradezu auffordert. THIEMEYER [1] führt dies auf zwei Ursachen zurück, deren eine das betriebswirtschaftlich motivierte Streben nach einer optimalen Auslastung der Kapazität ist. Auf die andere Ursache wird noch an anderer Stelle eingegangen.

Eine klare Aussage, ob überhaupt und wie stark der Arzt in seiner Entscheidung bezüglich der Entlassung von Patienten krankenhausspezifische betriebswirtschaftliche Überlegungen anstellt, läßt sich nicht treffen [2]. Herrschende Meinung ist, daß zumindest die Tendenz zur Verlängerung der Verweildauer bei leerstehenden Betten besteht und daß mit zunehmenden Bettenangebot die Verweildauer steigt [3].

---

1) THIEMEYER, T.: "Der Krankenhaus-Pflegesatz als Preis im System der GKV", II. Teil in "Sozialer Fortschritt" Januar 1969, S.17

2) SVEN, G.: "Einweisungsquote und Verweildauer der Sozialversicherten in der BRD", in Bundesarbeitsblatt Nr.9/1965, S.318 ff

3) RIEG, F.: "Gemeinsame Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern" in "Die Sozialversicherung", 20. Jg. 1965, S. 241

Eine Preiskalkulation kann aber auch auf der Grundlage der entstandenen Selbstkosten erfolgen. Es handelt sich dann um eine reine Kostendeckung, wie es z.B. das Krankenhausfinanzierungsgesetz [1] für die derzeitige Gestaltung des Pflegesatzes vorschreibt. Es entfällt also der Profit als persönlicher Anreiz zur Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips, denn solange entstandene Kosten voll vergütet werden, scheint ein Ansporn zu einer eventuell möglichen Kostensenkung nicht unbedingt notwendig. Als Folge muß der Preis steigen, während hingegen im Fall eines freien Wettbewerbes entweder Verlustvergrößerung oder Gewinnschmälerung daraus resultieren werden. Einsparungen schlagen sich zwar direkt im Preis nieder, doch Nutznießer der eigenen Bemühungen ist nicht etwa der Anbieter, sondern direkt die Krankenkasse als Zahlender und über die Beitragsprämie mittelbar der Patient. [2]

HERDER-DORNEICH nennt die Unvollkommenheit des Krankenhausmarktes als schwachen Punkt, wobei für ihn der Mangel in einem dringend notwendigen Regulativ besteht. [3] Bis zum Inkrafttreten des neuen Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes konnte diese Funktion der Träger der Anstalt wahrnehmen. Der Krankenhausbetrieb war bis zu diesem Zeitpunkt stets mehr oder weniger zuschußbedürftig, da der Pflegesatz nie voll kostendeckend gestaltet war - sei es aus Gründen der Konkurrenz oder der staatlichen Pflegesatzverordnung. Um Subventionen zu erlangen mußte der Träger angegangen werden. Man kann dies mit der direkten Weitergabe des Kostendruckes an ihn gleichsetzen. Der Träger aber war bemüht, die erforderlichen Zuschüsse so gering wie möglich zu halten. Da er die Höhe des Pflegesatzes

---

1) "Krankenhausfinanzierungsgesetz", von der Bundesregierung am 29. 6. 1972 erlassen

2) vgl. EICHHORN, S.: "Krankenhausbetriebslehre", S. 267 und 268

3) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S.103

nicht unbegrenzt steigen lassen konnte, kam seine Funktion einem Korrektiv gleich, denn er bremste die Kosten.

Nach einer Änderung des Grundgesetzes im Jahre 1969 erhielt die Bundesregierung die Rahmenkompetenz in der konkurrierenden Gesetzgebung über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (Finanzierung) und die Regelung der Pflegesätze. So wurde am 29.6.1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen und am 1.1.1974 trat die Bundespflegesatzverordnung vom 23.4.1973 in Kraft. Die Bundesländer haben die Krankenhausplanung und -Finanzierung im einzelnen zu regeln und für die Durchsetzung der Pflegesatzverordnung zu sorgen.

Entscheidend für die zukünftige Kostenentwicklung waren folgende Neuerungen. Zunächst soll das Krankenhaus bei der Finanzierung notwendiger Investitionen (Baumaßnahmen und medizinisch-technische Einrichtungen von mehrjähriger Nutzungsdauer) eine Finanzhilfe in Form von öffentlichen Zuschüssen bis zur Höhe der Herstellungs- und/oder Anschaffungskosten durch seinen Träger und den Staat erhalten. Dadurch bleiben die Vermögenslage und die Betriebskosten von den finanziellen Folgen der Investitionen unberührt. Zum zweiten wird das Krankenhaus durch Einführung des Kostendeckungsprinzips verpflichtet, alle anfallenden Betriebskosten eines "sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses" durch entsprechende Festsetzung des Pflegesatzes so auszugleichen, daß danach keine Unterdeckung der Kosten verbleibt, aber auch kein nennenswerter Überschuß ausgewiesen wird. Die Befolgung dieses Grundsatzes befreit das gegenwärtige Krankenhaus-System von dem früher auf ihm lastenden Kostendruck so vollständig, daß ein bremsendes Korrektiv grundsätzlich nicht mehr besteht. Da die gesetzliche Krankenversicherung den Pflegesatz wohl oder übel akzeptieren muß, können somit steigende Betriebskosten via Pflegesatz verhältnismäßig folgenlos vom Krankenhaus hingenommen werden.

Die zweite Ursache sieht THIEMEYER als ebenso bedeutend an, denn HERDER-DORNEICH [1] folgert aus dem praktizierten Verhalten der Krankenhäuser, daß die anfänglichen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes wesentlich höher angesetzt werden als die der nachfolgenden Pflegetage. Denn in der überwiegenden Zahl der stationären Behandlungsfälle werden die kostenintensivsten Leistungseinheiten pro Patient in den ersten Tagen der Behandlung erbracht (Aufnahme, Anamnese, Röntgen- und Laboruntersuchungen, eventuelle Operationen). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer ändert sich die Zusammensetzung der Kosten zugunsten reiner Unterbringungskosten. Bei einem konstanten Pauschalbetrag muß also der Kostenverlauf bei einem höheren Niveau beginnen. Nach einer gewissen Zeitspanne wird der degressive Verlauf die Kurve des konstanten Pflegesatzes (= Gerade) schneiden. Ab diesem Punkt gestaltet sich die weitere Verlaufsstrecke gewinnbringend und nähert sich den reinen Hotelkosten. Eine Deckung der Gesamtaufwendungen ist nur dann möglich, wenn die beiden Flächenintegrale I und II ober- und unterhalb des konstanten Pflegesatzes gleich sind. Diese Bedingung birgt jedoch die Gefahr, die Verweildauer über das medizinisch notwendige Maß auszudehnen. [2] "Eine ökonomisch denkende Krankenhausverwaltung müßte deswegen ihre Aufgabe darin sehen, möglichst wenige Patienten über einen möglichst langen Zeitraum hin zu betreuen." [3] Folglich würde das wünschenswerte Bestreben um eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes entspre-

---

1) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ...",S.192

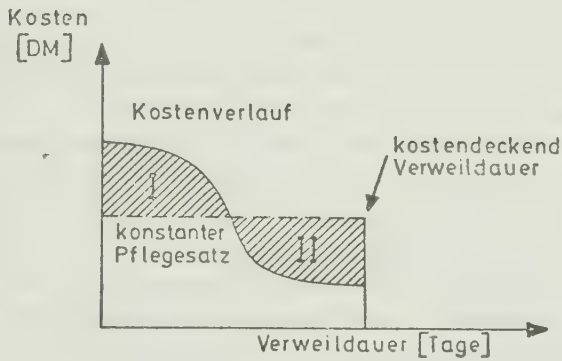
2) vgl. HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 192

3) FRITZ, K.: "Die Krankenhausprobleme und Krankenhausreform" in: "Der Krankenhausarzt", 45. Jg. Dezember 1972

chend der derzeitigen Bundespflegesatzverordnung mit erhöhter finanzieller Belastung honoriert werden. [1)]

SCHAUBILD 4

Kostenverlauf in Abhängigkeit von der Zeit bei konstantem Pflegesatz



Quelle: HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 192

EICHHORN [2)] sieht in der uneingeschränkten Selbstkostenerstattung eine Versuchung zur Verschwendung. Diese Ansicht wird verständlich, wenn man berücksichtigt, daß noch nicht lange damit begonnen wurde, eine moderne Kostenrechnung einzuführen, die sowohl eine nachträgliche Kontrolle der angefallenen Kosten als auch den Kostenver-

---

1) Vgl. EICHHORN, S.: "Krankenhaus und Wirtschaftsordnung", aus der Arbeit des Deutschen Krankenhausinstituts, Nr. 19, November 1963, S. 17

2) EICHHORN, S.: "Krankenhausbetriebslehre", S. 268

gleich einzelner Krankenanstalten zuläßt. Mangelnder Konkurrenzdruck, kameralistische Rechnungsführung in vergangenen Jahren und nun die in der Bundespflegesatzverordnung verankerte "pauschalierte Selbstkostenrechnung" verhinderten eine persönliche Motivation im Hinblick auf eine "entscheidungsorientierte Kostenrechnung" [1].

2. Unwirksamkeit der regulierenden Wirkung des Preises für die Krankenhausleistungen

Zusammenfassend kann man feststellen, daß bei Existenz eines freien Marktes der Preis die Relation von Angebot zu Nachfrage zum Ausgleich zwingt. Sind hingegen Kosten und Preis identisch, so entfällt die "subjektiv am Markt objektivierte Nutzenschätzung der Nachfrager." [2]
"So gesehen, kann der Preis im Krankenhaus eine seiner wichtigsten Funktionen nicht erfüllen, nämlich die von der Bevölkerung begehrten, nach Abstimmung mit anderen Bedürfnissen notwendig erscheinenden Leistungen nach Art und Umfang zu bestimmen." [2] Denn dieses System, mit dem Preis als Regulativ, ist der ökonomischen Steuerung weitgehend entzogen. Das Wechselspiel der daran beteiligten Partner unterliegt nicht dem selbsttätigenden Regelmechanismus, d.h. der Preis hat in diesem Fall keine Steuerungsfunktion, wie sie ihm sonst in den meisten Bereichen der Marktwirtschaft zukommt. Die Ursache liegt in den Ei-

---

1) vgl. BENSCH, W.: "Werden unsere Krankenhäuser wirtschaftlich geführt?" S. 256

2) Eichhorn, S. : "Krankenhausbetriebslehre" , S. 276

genarten des Marktes für Gesundheitsleistungen. Somit entfällt zumindest hier die Regel der freien Marktwirtschaft, daß der Preis die Verteilung von knappen Gütern reguliert.

Andere Faktoren beeinflussen demnach die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Es handelt sich hierbei um verschiedene, zum großen Teil soziokulturelle Gegebenheiten, die sogar die Form der Heilbehandlung und indirekt die Ebene der medizinischen Behandlung verändern können.

Als solche kommen in Betracht:
das Lebensalter (Kinder und ältere Menschen stellen eine besonders nachfrageintensive Gruppe dar), Bildungsgrad (amerikanische Untersuchungen kommen zu einer positiven Korrelation zwischen Bildungs- und Gesundheitsstand),[1] Einkommen (bei Annahme einer positiven Korrelation von Bildung und Einkommen), Umwelteinflüsse (unterschiedliche Mentalität und Morbidität z.B. bei Stadt- und Landbevölkerung), Koppelungsprodukte (Krankheitsgewinn durch Einsparung von Arbeitsleistung ohne Einkommensbuße), Sozialabhängigkeit (Beeinflussung durch Familie, Bekannte; Information durch die Gesellschaft), vom Anbieter induzierte Nachfrage ("jedes Angebot schafft seine Nachfrage selbst"2) von den Kassen als Finanzier induzierte Nachfrage (Tendenz zur Erweiterung des Leistungskataloges aus Konkurrenzgründen), vom Gesetzgeber induzierte Nachfrage (Steuerung des Leistungskataloges der Kassen und Anzahl der Anspruchsberechtigten).

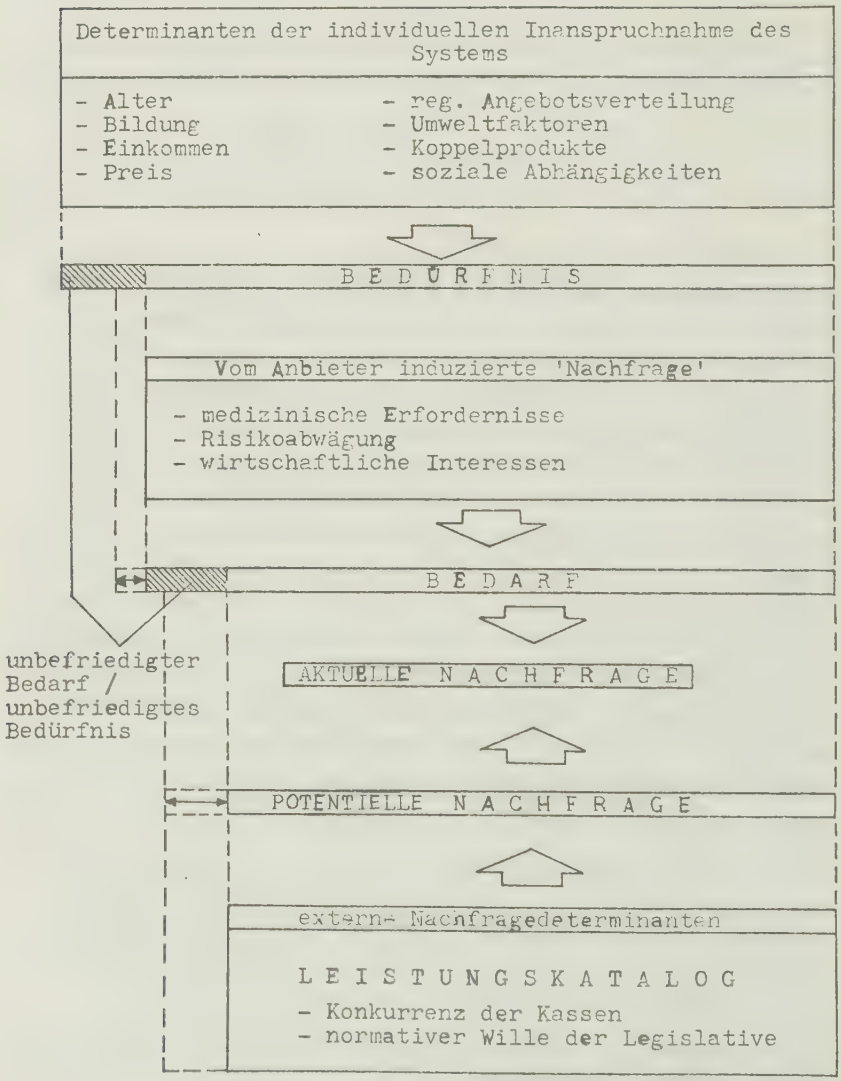
---

1) Vgl. ACTON, J.P.: "Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Care" in: "Journal of Political Economy", Vol. 83 No.3, Chicago 1975, S. 609, zitiert nach REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ...", S. 90, 91

2) SCHELLHAAS, U.: "Ökonomische Probleme des Krankenhauses und seiner Finanzierung" in: "Sozialer Fortschritt" 2, 1971, S. 59

SCHAUBILD 5

Der Beitrag der verschiedenen Funktionsträger zur Bestimmung der Gesamtnachfrage



Quelle: REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse", S. 79

Im Rahmen der Befragung, die dieser Studie zugrundeliegt, wurde 271 Patienten u.a. ein Fragenkomplex vorgelegt, der einige die Nachfrage beeinflussende Faktoren dieser Art zum Inhalt hat. Es waren hierbei drei wesentliche Ursachen der augenblicklichen Kostenexpansion im stationären Bereich entsprechend ihrer Priorität zu ordnen. Von Interesse ist hierbei, wie diese Gründe von den Patienten eingestuft wurden. Eine richtige oder falsche Beurteilung der Faktoren entfällt, da die Ursachen als nahezu gleichrangig anzusehen sind. Der Wert der Aussagen liegt in der Übermittlung eines Bildes, wie es die Mehrzahl der Befragten sieht. Ferner sei noch am Rande erwähnt, daß diese Art der Fragestellung allgemein als zu schwierig empfunden und daher von einem unerwartet hohen Anteil der Patienten formell falsch oder überhaupt nicht beantwortet wurde.

3. Die Meinung von Patienten zu sieben vermuteten Ursachen für die Kostenentwicklung

Folgende Gründe tragen gegenwärtig mehr oder weniger stark zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen zusätzlich bei:

a) eine höhere Lebenserwartung verändert die Altersstruktur der Bevölkerung,

b) die veränderte Lebensweise führt zu Zivilisationskrankheiten,

c) staatliche Maßnahmen und Gesetze wie Erweiterung der Leistungspflicht der GVK auf Krankheits-Früherkennungsuntersuchungen und die Reform der strafrechtlichen Bestimmungen über die Schwangerschaftsunterbrechung mit ihren Folgen für die GKV .

Die Erhebung bei den Krankenhauspatienten (Einzelheiten hierzu in Teil B, Abschnitt II) ergab folgende Einschätzung des Stellenwertes der weiteren drei aufgeführten Gründe.

TABELLE 2 Wertung des Faktors a

	AOK	ErsatzK	BetriebsK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	31,9	31,2	35,7	27,8	31,6
2	18,1	34,4	28,6	44,4	26,5
3	16,7	21,9	14,3	16,7	17,6
keine Antw.	33,3	12,5	21,4	11,1	24,3
weiblich					
Stellenwert					
1	20,6	29,5	57,1	42,9	28,9
2	27,0	38,6	-	38,1	31,1
3	20,6	9,1	28,6	9,5	15,6
keine Antw.	31,8	22,8	14,3	9,5	24,4

TABELLE 3 Wertung des Faktors b

	AOK	ErsatzK	BetriebsK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	37,5	43,7	42,9	55,6	41,9
2	22,2	28,1	14,3	27,8	23,5
3	18,1	12,5	14,3	5,6	14,7
keine Antw.	22,2	15,7	28,5	11,0	19,9

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
weiblich					
Stellenwert					
1	46,0	43,2	14,3	47,6	43,7
2	19,0	25,0	57,1	38,1	25,9
3	7,9	9,1	14,3	4,8	8,1
keine Antw.	27,1	22,7	14,3	9,5	22,3

TABELLE 4 Wertung des Faktors c

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	16,7	15,6	7,1	5,5	14,0
2	22,2	18,8	21,5	16,7	20,6
3	30,6	46,9	35,7	66,7	39,7
keine Antw.	30,5	18,7	35,7	11,1	25,7
weiblich					
Stellenwert					
1	12,7	11,4	14,3	-	10,4
2	10,0	9,1	28,6	14,3	15,6
3	38,1	54,5	42,9	76,2	49,6
keine Antw.	30,2	25,0	14,2	9,5	24,4

Bei ausschließlicher Berücksichtigung des ersten Stellenwertes rangiert bei den Aussagen sowohl der männlichen wie auch der weiblichen Patienten Faktor a vor Faktor b. Faktor c wird als nachgeordnet eingestuft.

Daran schloß sich ein weiterer Fragenkomplex mit den für die Kostenentwicklung der vergangenen Jahre verantwortlichen vier wesentlichen Gründe an.

d) Die Arbeitszeit des Pflegepersonals wurde in den vergangenen Jahren von 60 auf 40 Wochenstunden verkürzt und tariflich abgesichert;

e) Die Zahl der Ordensschwestern in der Krankenpflege hat wesentlich abgenommen. Ihre frühere Tätigkeit mußte von freien Schwestern mit individuellen, in verbindliche Tarife eingebetteten Arbeitsverträgen (Regelarbeitszeit von 40 Wochenstunden, geregelter Urlaubsanspruch, Überstundenvergütung usw.);

f) Gehaltserhöhungen beim ärztlichen Personal;

g) Lohn- und Gehaltserhöhungen für das nichtärztliche Krankenhauspersonal aufgrund neuer Tarifabschlüsse.

TABELLE 5 Wertung des Faktors d

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	31,9	34,4	14,3	33,2	30,9
2	18,1	15,6	35,7	27,8	20,6
3	15,3	15,6	7,2	27,8	16,2
4	13,9	18,8	21,4	5,6	14,7
keine Antw.	20,8	15,6	21,4	5,6	17,6
weiblich					
Stellenwert					
1	14,3	40,9	57,1	42,9	29,6
2	15,9	11,4	28,6	23,8	16,3
3	11,1	11,4	-	14,3	11,1
4	19,0	18,2	-	4,7	15,6
keine Antw.	39,7	18,1	14,3	14,3	27,4

TABELLE 6 Wertung des Faktors e

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	18,1	15,6	21,4	27,8	19,1
2	11,1	18,8	28,6	11,1	14,7
3	15,3	12,5	7,1	11,1	13,2
4	34,7	40,6	28,6	44,4	36,8
keine Antw.	20,8	12,5	14,3	5,6	16,2

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
weiblich					
Stellenwert					
1	11,1	11,4	-	14,3	11,1
2	11,1	18,2	42,9	19,0	16,3
3	15,9	29,6	-	19,0	20,0
4	25,4	20,4	42,9	33,4	25,9
keine Antw.	36,5	20,4	14,2	14,3	26,7

TABELLE 7 Wertung des Faktors f

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	18,1	25,0	28,6	22,2	21,3
2	20,8	31,2	-	33,3	22,8
3	22,2	31,2	50,0	11,1	25,8
4	11,1	-	-	27,8	9,6
keine Antw.	27,8	12,6	21,4	5,6	20,5
weiblich					
Stellenwert					
1	27,0	8,1	-	19,0	18,5
2	15,9	35,1	14,3	33,4	24,4
3	11,1	13,6	57,1	19,0	15,6
4	7,9	22,7	14,3	14,3	14,0
keine Antw.	38,1	20,5	14,3	14,3	27,5

TABELLE 8 Wertung des Faktors g

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
Stellenwert					
1	15,3	21,9	7,1	11,1	15,4
2	20,8	21,9	14,3	22,2	20,6
3	16,7	15,6	28,6	44,4	21,3
4	22,2	21,9	35,7	16,7	22,8
keine Antw.	25,0	18,7	14,3	5,6	19,9
weiblich					
Stellenwert					
1	17,5	25,0	14,3	19,0	20,0
2	15,9	18,2	14,3	14,3	16,3
3	17,5	22,7	42,8	28,6	22,2
4	9,5	15,9	14,3	23,8	14,1
keine Antw.	39,6	18,2	14,3	14,3	27,4

Unter ausschließlicher Berücksichtigung des ersten Stellenwertes wurde von den männlichen Patienten Faktor d vor e und f an erster Stelle genannt; den Schluß bildet Faktor g. Bei den Frauen lautet die Reihenfolge d vor g und f, das Ende wird von e gebildet.

Zu diesen Ergebnissen ist noch zu bemerken, daß der "Tarifabschluß des ärztlichen Personals" zweifellos aufgrund der geringeren personellen Quantität in seiner Wertigkeit den anderen Gründen nachgeordnet sein muß. Vielmehr war er auf die Emotion der Patienten gerichtet und somit als Fangfrage gedacht.

4. Der Ersatz für den unwirksamen ökonomischen Steuerungsmechanismus

a) Modell eines Regelkreises und seine Anwendung auf das Gesundheitswesen: Ersatz des Preises durch die Kosten als Regulativ

Wie bereits unter Abschnitt III, 2 ausgeführt, entfällt die regulierende Funktion des freien Marktpreises für den stationären Bereich. Umso dringender bedarf es an seiner statt eines Ersatzsteuerungsmechanismus. Und dennoch bleiben trotz der außergewöhnlichen Marktsituation Angebot und Nachfrage als Teile eines Regelkreises [1], wie er in der modernen Systemtheorie häufig verwendet wird, miteinander verknüpft.

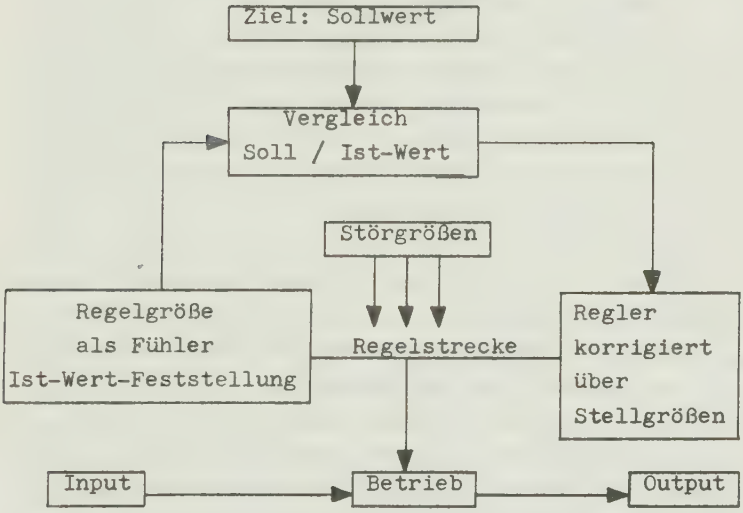
Kybernetische Systeme zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie nach Störungen, die ihr Gleichgewicht beeinträchtigen, unter bestimmten Bedingungen wieder in einen Gleichgewichtszustand zurückkehren. Unterstützung für eine erwünschte Stabilisierung erfolgt mittels der Rückkoppelung. Für kybernetische Systeme stellt sie gleichsam eine "conditio sine qua non" dar. Allgemein gesprochen, handelt es sich hierbei um einen ständigen Vergleich von Ergebnis zu Sollzustand eines Vorganges.

---

1) "Sozialenquête" der Bundesrepublik Deutschland, Hrsg.: BOGS, W. u.a. "Soziale Sicherung", Stuttgart, 1966

SCHAUBILD 6

Systematische Darstellung eines Regelkreises



Quelle: eigene Zusammenstellung nach
HEINEN, E.: "Industriebetriebslehre"
3. Auflage, Wiesbaden 1971, S. 34

SPRINGMANN, H.C.; unveröffentlichte Studie
zur "Kostenwirksamkeit medizinischer Ent-
scheidungen", Gauting, Januar 1976, S. 19

Die Aufgabe eines Reglers besteht darin, ein kontinuierliches Gleichgewicht für ein System aufrecht zu erhalten mit dem Ziel, dem Soll-Zustand möglichst nahe zu kommen. Da das angestrebte Gleichgewicht durch Störgrößen, die von äußeren Einflüssen ausgehen, gefährdet sein kann, benötigt man außer dem Zielwert noch einen "Fühler" (Regelgröße); er mißt den augenblicklichen Zustand des zu regelnden Vorganges (= Regelstrecke). Die an der Vergleichsstelle konstatierte Divergenz zwischen Soll- und Ist-Wert wird dem Regler zugeleitet, der dann mittels Stellgröße entlang der Regelstrecke das inzwischen nicht mehr vorhandene Gleichgewicht wieder neu einstellt. [1)]

Greifen gleich mehrere solcher Kreise ineinander über, wobei sie funktionell zu einer Einheit werden, so sprechen wir von einem Regelkreissystem. Die darin auftretenden Ströme stellen im Gesundheitsbereich die verschiedenen Versorgungsleistungen, ferner die finanziellen Leistungen wie auch die Möglichkeiten der Regulation dar. Man unterscheidet hierbei zwischen offenen und in sich geschlossenen Systemen. In beiden fließen Ströme, nur lassen sie sich in einem offenen System nicht zu einem steuerbaren Regelkreis koordinieren. Ziel ist jedoch die Verbindung von vielen einzelnen zu mehreren größeren Gesamtkreisläufen, wobei erst dann der "feed back-Mechanismus" zur Beeinflussung der beteiligten Größen wirkungsvoll eingesetzt werden kann.

---

1) vgl. HEINEN, E.: "Industriebetriebslehre", S. 34

Nach Anwendung der aus der Systemanalyse gewonnenen Erkenntnisse auf Steuerung und Ablauf innerhalb der drei Teilbereiche [1] des Gesundheitssystems und nach Vergleich der Ergebnisse mit den Prognosen für die zukünftige Kostenentwicklung, stellt HERDER-DORNEICH folgerichtig fest: "Das System mit der größten Geschlossenheit weist die niedrigsten Raten explosiven Wachstums auf; das System mit der geringsten inneren Geschlossenheit zeigt die höchsten Explosionsraten !" [2]. Daraus zieht er den Schluß, daß die Bewältigung der Kostenexpansion offentsichtlich durch die Steuerungskapazität der Systeme erfolgt. "Systeme mit großer Steuerungskapazität vermögen die auftretenden Probleme in den Griff zu bekommen, geringere Wachstumsraten zeigen diese Überlegenheit an." [2]

Hauptziel eines Krankenhauses ist es, den Bedarf der Bevölkerung an stationärer medizinischer Versorgung zu decken. Dieser übergeordnete Zweck beinhaltet eine Vielzahl von einzelnen nachgeordneten Elementen. Trennt man die unterschiedlichen Aufgabenbereiche nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, so ergeben sich nach OETTLE [3] Ziele hinsichtlich der Leistungserstellung, Bedarfsdekkung, Angebotswirtschaft, Finanzwirtschaft, Autonomie und Integration. Eine weitere Unterteilung der einzelnen

---

1) ambulante Behandlung - stationäre Behandlung - Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel; vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt II, 1

2) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ...", S. 105

3) OETTLE, K.: "Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen" in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1966, S. 253 ff

Elemente ist wiederum möglich, so z.B. für das Ziel der Leistungserstellung in betriebsführungstechnische, leistungs- und kostenwirtschaftliche Subziele, denen gerade deshalb so große Bedeutung zukommt, "weil mit Nichtvorhandensein des Gewinnstrebens für Krankenhausträger und Betriebsleitung jeglicher materieller Anreiz zur Beachtung des system- und zielunabhängigen Wirtschaftlichkeitsprinzips fehlt" [1]. Daraus folgt "Die Zielwahl selbst wird zur Aufgabe der Gesundheitsplanung, die damit teilweise den Charakter einer soziologischen und politologischen Wissenschaft erhält". [2]

Soll eine Zielsetzung die ihr zugedachte Funktion erfüllen, so setzt dies entsprechendes Handeln voraus. Erfolgt das Handeln bewußt und zugleich mit der Möglichkeit des Auswählens zwischen zwei oder gar mehreren Alternativen, so liegt eine sogenannte Entscheidung vor. [3]

Entscheidungen lassen sich verschiedentlich beurteilen: nach ihrer Art, nach der zur Verfügung stehenden Zeit oder dem für die Entscheidungsfindung erforderlichen und realisierbaren Aufwand. Zeit und Aufwand liegen im Ermessen des jeweiligen Entscheidungsträgers, während bei der Art der Entscheidungsfindung nach Zufalls-,Erfahrungs- und Prognoseentscheidungen zu differenzieren ist.

Unsystematisch erfolgt eine Entscheidung dann, wenn sie aufgrund eines Zufalls gefällt wurde. Häufig läßt der Mangel an Information, oft aber auch der unmittelbare Zwang zum Handeln keine andere Wahl als Willkür zu.

---

1) EICHHORN, S.: "Das Zielsystem des Krankenhauses", in "Das Krankenhaus" 3/1970, S. 78

2) ENGLER, H.: "Planungsprobleme im Gesundheitswesen", Polygraphischer Verlag Zürich, 1970, S. 19

3) vgl. auch Seminar "Medizinische Entscheidungslehre" Gauting Mai 1976, unveröffentlicht

Bei schlechtem Ausgang wird man von „Pech" in jener Situation sprechen, während ein positives Resultat zu gern als „Intuition" gedeutet wird. Nur nachträglich ist eine Analyse des abgelaufenen Vorganges möglich, um zukünftig eine breitere Basis zu erhalten, auf der dann bereits Erfahrungsentscheidungen erfolgen können. Diese Art von Entscheidungen basiert auf einer Vielzahl von vergangenen Situationen, die mit gewissen Variationen einander gleichen. Da zu einem früheren Zeitpunkt bereits schon einmal erlebt, geben Indizien und Umstände ausreichend Hinweis auf zukünftigen Verlauf und Resultat. Je geringer das Risiko, umso eher kann diese Art zu entscheiden verantwortet werden. Bevorzugte Anwendung erfährt diese Methode bei Zeitmangel oder um einen notwendigen Aufwand möglichst gering zu halten.

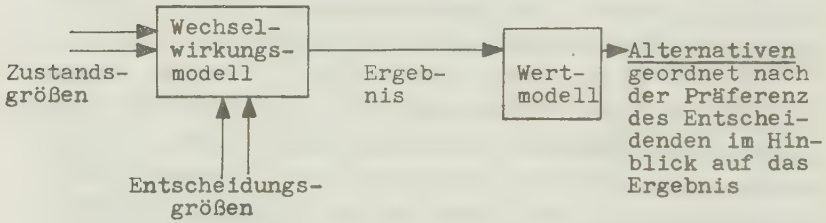
Erweist sich das Risiko aber als zu groß, so bedarf es der vorherigen Untersuchung aller in Frage kommenden Möglichkeiten mit anschließender Wertung ihrer prognostischen Aussagefähigkeit. Zuvor muß das zur Verfügung stehende Informationsmaterial in den Entscheidungsprozeß bereits mit eingegangen sein.

Da von allen drei genannten Arten hier der Aufwand für die Entscheidungsanalyse am größten ist, wird eine Prognoseentscheidung stets dann getroffen werden, wenn Wert und Risiko hoch und die Entscheidung selbst komplex ist. Da sie für einen Außenstehenden auch am leichtesten nachzuvollziehen ist, erweitert sich ihr Anwendungsbereich auf Entscheidungen, bei denen mehrere Personen mitwirken oder einer Öffentlichkeit gegenüber zu vertreten sind.

Verschiedene Methoden ermöglichen die Anwendung der analytischen Entscheidungstechniken. Da sie sich aber auf ein gemeinsames Prinzip zurückführen lassen, soll anhand eines einfachen Modells, in das ganz unterschiedliche Entscheidungsfaktoren mit eingegeben werden können, seine Arbeitsweise verdeutlicht werden.

SCHAUBILD 7

Schematische Darstellung eines Entscheidungsmodells



Quelle: SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ..." S. 14

Erläuterung der an diesem Modell beteiligten Größen. [1)]

Zustandsgrößen	:	Größen, die den Zustand beschreiben und nicht in der Kontrolle des Entscheidenden liegen
Entscheidungsgrößen	:	Größen, die in der Kontrolle des Entscheidenden liegen und seinen Entscheidungsbereich beschreiben.

1) nach DUNN-LIPINSKI, zitiert nach SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ..." S. 14 u. 15

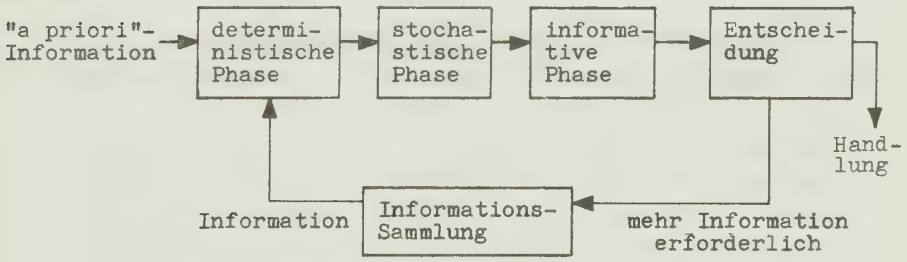
Ergebnisse : Auswirkungen und Folgen der verschiedenen möglichen Entscheidungen.

Alternativen : Die bewerteten und nach Präferenz geordneten Ergebnisse.

Jeder Entscheidungsfindung geht eine Analyse hierzu voraus: sie besteht aus einer " a priori-Information", der sich zuerst die deterministische, dann die stochastische und dieser wiederum die informative Phase als Vorbereitung zur Entscheidung anschließen. Die Entscheidung selbst ist über den Informationsfluß mit der ersten Phase im Sinne eines Regelkreises rückgekoppelt, d.h.: der Output ist über eine Steuerungskette beeinflußbar.

SCHAUBILD 8

Die "a priori"-Information:



Erläuterung der einzelnen Phasen: [1)]

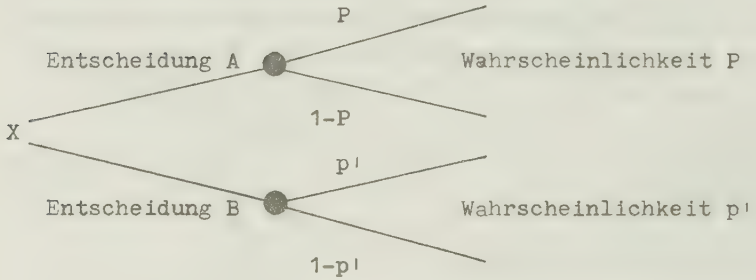
deterministische Phase : Feststellen des Zustandes, Bestimmen der Alternativen, Aufzeigen der Zusammenhänge

1) nach HOWARD, zitiert nach SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ..." S. 16

stochastische Phase : Abschätzen der Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der einzelnen Ereignisse; z.B. anhand eines Entscheidungsbaumes

SCHAUBILD 9

Ausschnitt aus einem Entscheidungsbaum



Auswertungsschema:

	Ergebnis	Wert	Nutzen
1			
2			
3			
4			

X = Entscheidungsknoten

● = Wahrscheinlichkeitsknoten

Quelle: nach HOWARD, zitiert nach SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit..." S. 15

informative Phase	:	Untersuchen der Sensitivität des Vorganges gegenüber Veränderungen einzelner Faktoren: der Zeitgrenzen und des Aufwandes, der Informationsmenge und des Informationswertes.

"Täglich, stündlich werden im Krankenhaus Entscheidungen getroffen, durch welche Maßnahmen die im Einzelfall gestellten Aufgaben der Krankenbehandlung und -pflege am besten zu lösen sind." [1)]

Die Entscheidungslehre setzt für ihre sinnvolle Anwendung die Untersuchung voraus, wie medizinische Entscheidungen beschaffen sind und ob eine Verbesserung mittels methodischer Ansätze möglich ist. Wie bereits dargelegt, erfolgt zuerst die Erstellung einer prognostischen Basis, von der aus die verschiedenen, als Alternative angebotenen Entscheidungsmöglichkeiten auf ihre vermutlichen Auswirkungen hin beurteilt werden. In dieses Modell gehen eine Reihe von Größen ein.

Da im stationären Bereich als Subsystem des Gesundheitswesens der Preis als wesentlichste Steuerungsgröße entfällt, muß ein äquivalenter Ersatz dessen Funktion übernehmen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, die Kosten als ein Maß für die zu untersuchende Wirksamkeit heranzuziehen. Als Anwendungsbeispiel der medizinischen Entscheidungslehre soll geprüft werden, ob und ggf. wie der Kostenfaktor medizinische Entscheidungen beeinflussen kann. Die Untersuchung der Kostenwirksamkeit medizinischer Entscheidungen setzt also die Anerkennung einer Kostenexistenz voraus. Da die ständig expandierenden finanziellen

---

1) EICHHORN, S.: "Das Zielsystem des Krankenhauses" in: "Das Krankenhaus", Jg. 62, März 1970, Heft 3, S. 77

Aufwendungen für die medizinische Versorgung wegen ihres Ausmaßes in einer volkswirtschaftlichen Globalbetrachtung unsere Aufmerksamkeit beanspruchen, "gilt es, die vorhandenen, jedoch begrenzten Resourcen wirksam einzusetzen. Nichts anderes soll unter 'Kostenwirksamkeit medizinischer Entscheidungen' verstanden werden."[1)]

Gerade weil das stationär-medizinische Gebiet so umfassend ist und deshalb ein stark differenziertes Leistungsspektrum aufzuweisen hat, ist ein gemeinsamer Nenner erforderlich, um z.B. pro Patient den Leistungsaufwand der einzelnen Bereiche miteinander vergleichen zu können. So gesehen stellen Kosten einen Maßstab dar, der es erlaubt, die unterschiedlichen Relationen miteinander zu vergleichen. Mittels entstandener Kosten erfährt die Leistung eine Bewertung. Dringende Notwendigkeit kann unverhältnismäßig hohe Kosten begründen. Umgekehrt können adäquate Leistungen andere mit geringeren Kosten durchaus substituieren. Folglich sollte die Kostenwirksamkeit, die als Verhältnis von Aufwand zu Ergebnis definiert ist - wobei die verursachten Kosten Auskunft über Höhe des Aufwandes geben - als Kriterium einer erforderlichen Leistung in das Entscheidungsmodell mit eingehen.
Da bei der Einführung eines solchen Modells eine effiziente Kostenwirksamkeit anzustreben ist, muß zuvor nach einem eventuell vorhandenen Kostenbewußtsein gefragt werden. Denn ein solches Bewußtsein "stellt einen wesentlichen Schritt zur Erhöhung der Kostenwirksamkeit dar." [2)]

---

1) SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ..." S. 2

2) SPRINGMANN, H.-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ..." S. 9

Da die Kosten lange Zeit meist als nur gering oder überhaupt nicht beeinflußbar galten und ihre Entwicklung weitgehend als eine Zwangsläufigkeit im Zuge der allgemeinen inflationären Tendenz angesehen wurde, hat man ihre Fähigkeit, auch als Regulativ zu dienen, nicht genügend beachtet. Es ist daher für Entscheidungen über Maßnahmen zur zielbewußten Eindämmung des Kostenanstiegs im Krankenhaus die Kenntnis über das Bestehen eines Kostenbewußtseins bei Arzt und Patient von erheblicher Bedeutung.

5. Die bestimmende Funktion des Arztes bei Entscheidungen über die Nachfrage im Gesundheitswesen

Wegen der Bedeutung und den daraus resultierenden Konsequenzen sei nochmals darauf hingewiesen [1], daß die klassischen Modelle von Nachfrage und Angebot mit dem Preis als Regulativ im Gesundheitsbereich, insbesondere auf dem stationären Sektor nicht anwendbar sind.

Dies ergibt sich zwangsläufig aus der dreifachen Rolle des Arztes, der zugleich als Ratgeber, Anbieter und Verteiler von Leistungen fungiert. Er spielt also eine entscheidende Rolle bei der Nachfrage, und zwar in dem Maße, in dem er dem Kranken durch seine Diagnose zu erkennen gibt, was dieser benötigt. Der Kranke muß sich mit der vorgeschlagenen Therapie identifizieren, dies mit Rücksicht auf den fortgeschrittenen Stand der medizinischen Wissenschaft. Aber der Arzt ist zugleich auch ein Faktor beim Angebot, und zwar in dem Maße, in dem seine eigenen Leistungen zum Teil oder ganz dazu beitragen, die anerkannten Bedürfnisse der Kranken zufriedenzustellen. So treffen sich die klassischen Merkmale von Angebot und Nachfrage auf der Ebene des Arztes selbst. Sein Verhalten trägt beide gegensätzliche Aspekte in sich. Dem Arzt als Entscheidungsträger muß also eine herausragende Position zuerkannt werden; auch scheint er die ökonomische Effizienz des betrachteten Systems nachhaltig beeinflussen zu können. [2]

---

1) vgl. Seite 38

2) vgl. Shaw, Bernhard G.: "Doctor's dilemma"

Wie wird nun auf ärztlicher Ebene ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden gegensätzlichen Erwägungen hergestellt und wie entwickelt sich dieses Gleichgewicht im Laufe der Zeit unter Berücksichtigung anderer Parameter, die in die ärztliche Entscheidung mit eingehen ?

a) Ethische Normen als Verhaltensparameter

Eine besondere soziale Stellung sowie hohe Wertschätzung und damit verbundenes Ansehen in der Öffentlichkeit hebt den ärztlichen Berufsstand nach herrschender Meinung von anderen Berufen ab. Dies ist in erster Linie wohl auf seine Fähigkeiten zur Heilbehandlung und Gesunderhaltung der Menschen zurückzuführen. Die ärztliche Berufsausübung erfordert als unverzichtbare Voraussetzung ständig die Beachtung ethischer Normen in Verbindung der Verpflichtung zu humaner Gesinnung in Wort und Tat. Da der Mensch letztlich Objekt jeder ärztlichen Tätigkeit ist, kann jeder Vergleich mit anderen Berufen, insbesondere freien Berufen mit ähnlichen ethischen Vorstellungen, nur inadäquat sein.

Die Berufsausübung des Arztes ist bisher von ökonomischen Beschränkungen - sieht man von dem durch das Kostendämpfungsgesetz eingeführten möglichen Regreß im Einzelfall gegen Ärzte bei Überschreitung der verbindlich festgelegten Arzneimittel - Höchstmenge ab - noch verschont geblieben. Die Sozialgesetzgebung bemüht sich weiterhin um eine "bestmögliche medizinische Versorgung" der Versicherten. Auch hat die Einschätzung der ärztlichen Berufsrolle seitens der Gesellschaft "als Summe der Erwartungen,mit denen der Arzt aufgrund seiner beruflichen Position zu rechnen hat",[5] ihn keineswegs in seiner Entscheidungsfreiheit beengt.
Humane Einstellung : da sich der Kranke der ärztli-

chen Obhut überantwortet, muß eine "gewisse Risikoaversion" [1] die Wahl der Behandlung auszeichnen, die "unabhängig von den entstehenden Kosten den maximalen Behandlungserfolg verspricht." [2]

So werden medizinische Maßnahmen oft als Notwendigkeit angesehen, über deren Einsatz keine Diskussion bezüglich des Wertnutzens zu erfolgen hat. Springmann bejaht die Gültigkeit dieser Auffassung voll und ganz für den medizinischen Auftrag, verneint dies aber gänzlich für dessen Ausführung. [3] Er begründet dies mit einer "erheblichen Variationsbreite im Einsatz medizinischer Maßnahmen, von denen eine Reihe durchaus zum Ergebnis führen kann, die sich aber ... wesentlich im Aufwand unterscheiden können." [4] Aber der Arzt entscheidet - bedingt durch solch starke Einflußgrößen wie Berufsethos, überkommene Traditionen und nicht zuletzt aus fehlender Information während seiner akademischen, rein fachspezifischen Ausbildung - nach anderen Kriterien, wobei die Kosten nur eine Randeinflußgröße darstellen.

---

1) ENGLER, H.: "Planungsprobleme im Gesundheitswesen" Polygraphischer Verlag Zürich, 1970, S. 64

2) GYGI, P.: "Die wirtschaftlich relevanten Besonderheiten der ärztlichen Leistung" in: "Der niedergelassene Arzt", Heft 8 1977, S. 120
zitiert nach REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse..." S. 122

3) SPRINGMANN, H.-C.: "unveröffentlichte Studie zur Kostenwirksamkeit medizinischer Entscheidungen", Gauting, Januar 1976, S. 9

4) SPRINGMANN, H.-C.: a.a.O. S. 9 u. 10

5) FINZEN, A.: "Dieärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft", in: "Leitbilder des modernen Arztes", Hrsg. Engelmeier, Max-P., Popkes, B. Stuttgart 1971, S. 51

b) Prioritäten bei ärztlichen Entscheidungen

Unter Voraussetzung des gleichen therapeutischen Erfolges waren Prioritäten für diejenigen Kriterien zu setzen, die bestimmend für die Wahl zwischen mehreren gleichwertigen Alternativen waren.

Um eine bessere Übersicht über die Vielfalt der Antworten zu erzielen, wurden die von den Befragten geäußerten Kriterien unter solche Oberbegriffe wie "Beurteilung von ärztlichen Maßnahmen", "Zeit", "Kosten" und "Rücksichtnahme auf den Patienten" subsumiert.

TABELLE 9

	Beurteilung von ärztlichen Maßnahmen				Faktor: Zeit				Faktor: Kosten			
Stellenwert	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
MA	8	7	2		1	4	2		1	6	12	
VA	27	5	4	1	5	14	2		5	15	31	3
OA	10	3	1			2	2		4	6	6	
Ä gesamt	45	15	7	1	6	20	6		10	27	49	3

	Rücksichtnahme auf den Patienten				Frage falsch aufgefaßt
Stellenwert	1.	2.	3.	4.	
MA	14	1	5		1
VA	17	22	3		3
OA	3	4		1	5
Ä gesamt	34	27	8	1	9

Diese Tabelle beinhaltet das Ergebnis nicht wie üblich in prozentualen Angaben, sondern in absoluten Zahlen, da die Antworten eine unterschiedliche Zahl von angeführten Kriterien ergaben und somit eine einheitliche Bezugsgröße entfällt.
Dennoch geht daraus ebenso deutlich hervor, daß in ärztliche Entscheidungsfindung an erster Stelle die "Beurteilung von ärztlichen Maßnahmen" eingeht und an zweiter Stelle Überlegungen im Hinblick auf "Rücksichtnahme auf den Patienten" weit vor dem Faktor "Kosten" dominieren.
Rechnet man den Faktor "Zeit" aus Gründen wie Verweildauer des Patienten und Inanspruchnahme ärztlicher Leistung den Kosten hinzu, ergäbe sich ebenfalls keine veränderte Prioritätenfolge.

Dieses Ergebnis steht auch im Einklang mit der folgenden Frage, ob die fortlaufende Steigerung der Gesundheitskosten Einfluß auf die ärztliche Entscheidung ausübt.

TABELLE 10

Mögliche Beeinflussung der ärztlichen Entscheidung in Diagnose und Therapie durch steigende Krankenkosten besonders im stationären Bereich :

	ja	nein	bedingt
	%	%	%
MA	16,0	20,0	64,0
VA	28,1	21,9	50,0
OA	9,5	42,9	47,6
Ä gesamt	21,8	25,4	52,8

Die Mehrzahl (52,8 %) erkennt mit dieser Aussage die Kostenrelevanz an, läßt ihr aber keine eindeutige Dominanz zukommen, da die anderen Kriterien aus besagtem Grunde eine ebenso wesentliche Rolle im Entscheidungsfeld eines Arztes spielen.

In Anbetracht einer solchen Lage spricht GYGY von einer "ethisch komplexen Entscheidungssituation" [1]. Das Maximierungsziel (maximaler Behandlungserfolg unabhängig von entstehenden Kosten) ist ganz im Sinne eines jeden Arztes, da die Verhaltensweise bei gleicher Zielrichtung die angestrebte Homogenität nur fördern kann.
Das Optimierungsziel hingegen beinhaltet darüber hinaus noch andere, nur mittels Kosten quantitativ zu erfassende Entscheidungskriterien. An ihnen haftet der Makel, daß sie eine bewußte Bewertung von Menschenleben erfordern [2]. Um dem ärztlichen Interesse nach möglichst einheitlichem Verhalten zur Anerkennung zu verhelfen, muß

1) GYGY, P.: "Die wirtschaftlich relevanten Besonderheiten ..." , S. 120

2) vgl. ENGLER, H.: "Planungsprobleme ...", S. 70

ein Entscheidungskriterium nach Ansicht ENGLERs [1] drei wesentlichen Bedingungen genügen:

(1) bestmögliche Ausrichtung nach "ethischen Gemeinsamkeiten" aller Ärzte bei gleichzeitigem Ausschluß von Gewissenskonflikten

(2) "möglichst geringer Ermessensspielraum" für den einzelnen Arzt

(3) Vermeiden von zusätzlichen Informationskosten als die erforderlichen, "über die der Arzt zur Vornahme der Therapie ohnehin verfügen muß!"

c) Die komplexe Situation bei Entscheidungen des Arztes über Behandlungsmaßnahmen zur Erreichung eines Optimal- und/oder Maximalzieles

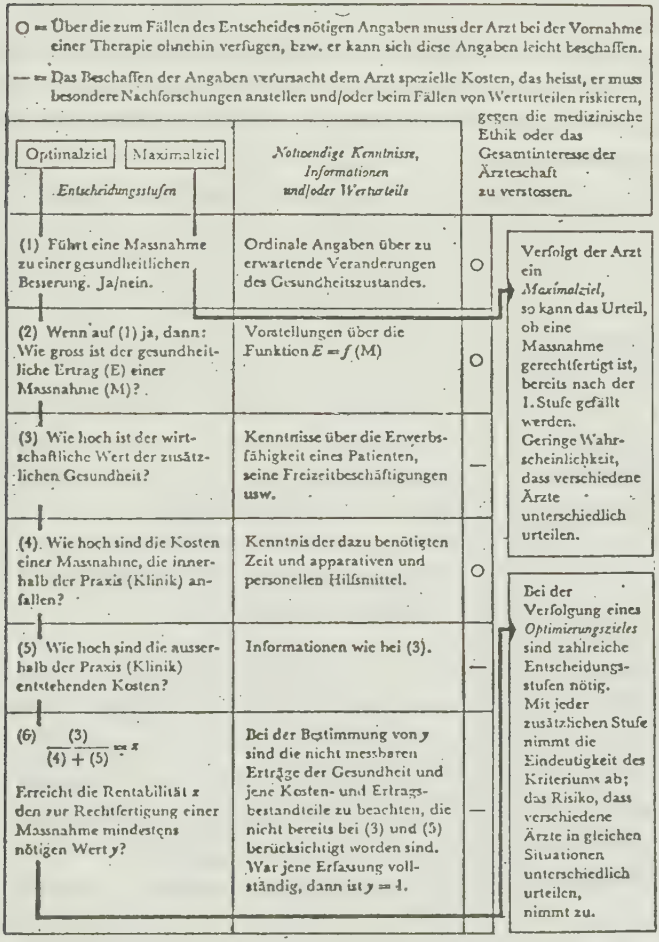
Das nachstehende Schaubild soll verdeutlichen, welchen Entscheidungsproblemen der Arzt sich gegenübergestellt sieht. Einerseits kommt das Verfolgen des Maximierungsprinzips seinen beruflichen Wünschen sehr entgegen, andererseits weist die Anwendung des stark ökonomisch geprägten Optimierungsprinzips gerade in die entgegengesetzte Richtung.

---

1) vgl. ENGLER. H.: "Planungsprobleme ..." S. 70

SCHAUBILD 10

Entscheidungsprobleme eines Arztes beim Verfolgen eines Maximalzieles einerseits und einer Optimierungszielsetzung andererseits



Quelle: ENGLER, H.: "Planungsprobleme", S. 71

Der Arzt in seiner unvermeidlichen Rolle, in jedem einzelnen Fall zwischen den beiden Zielgeboten entscheiden zu müssen, befindet sich auf diese Weise in einem permanenten Konfliktfeld. Er muß die ethischen und humanen Gesichtspunkte gegen ein materielles Kalkül abwägen und dabei sich stets seines hippokratischen Eides bewußt bleiben. Bei den zu treffenden Entscheidungen kann dem Arzt kostenbewußtes Denken und Handeln eine brauchbare Hilfe bieten.

Es ist zur Gewinnung von Erkenntnissen wichtig zu ergründen, in welchem Maße dieses spezielle Kostenbewußtsein vorhanden ist. Zu diesem Zweck und um die zuvor dargestellten theoretischen Zusammenhänge beim Entscheidungsprozeß in einen realen Bezugsrahmen einfügen zu können, waren darüber Erhebungen durch eine Meinungsumfrage vorzunehmen und statistisch auszuwerten. Solche Erhebungen waren bislang noch nicht durchgeführt worden. Sie erstreckten sich in erster Linie auf Ärzte im Krankenhaus, aber auch auf diejenigen, zu deren Wohl die Entscheidungen durch den Arzt getroffen werden, nämlich kranke und behandlungsbedürftige Menschen (Patienten).

Die der Erhebung zugrundeliegenden Fragen und die erhaltenen Antworten geben Hinweise auf die Einstellung der Befragten zu den mit der Behandlung im Krankenhaus verbundenen Kosten . Die Antworten können als Bestimmungsgrößen für Angebot und Nachfrage im Hinblick auf das Entscheidungsfeld der handelnden beiden Gruppen gewertet werden.

B BESONDERER TEIL

I. Die Erhebungen zum Kostenbewußtsein im Gesundheitswesen durch Befragung von Ärzten

Vorbemerkung

Infolge des Fehlens von Nachweisen über die Ausbildung des Kostenbewußtseins verblieb nur die Möglichkeit, mittels einer Erhebung die benötigten Unterlagen zu gewinnen. Den so erlangten Aussagen ist aber doch eher der Charakter von Stichproben beizumessen, denn die durchgeführte Befragung kann trotz ihres Umfanges hinsichtlich der Auswahl der Befragten keinen Anspruch auf einen repräsentativen Querschnitt erheben. Außerdem erwies sich die Durchführung der Umfrage bei Ärzten als ungleich schwieriger als bei den Patienten.

Die Auswahl der befragten Ärzte und Patienten erfolgte also rein zufällig, ebenso die Auswahl der Krankenhäuser. Insofern fand jedoch eine gewisse Selektion statt, als ein nicht unbedeutender Teil der angesprochenen Ärzte ein "Erforschen" gerade ihrer Meinung, insbesondere auch ihres Kostenbewußtseins, strikt abgelehnt hat. Es liegt daher der Schluß nahe, daß eine positive Korrelation von Kostenbewußtsein und Bereitwilligkeit, den Fragebogen zu beantworten, besteht. Die hierbei gewonnenen Zahlen dürften damit wohl kaum den augenblicklichen "Bewußtseins"-Stand überbewertet haben, wenn man von dieser Basis ausgehend auf die Gesamtheit schließt. Andererseits ist bei dieser Erhebung die Repräsentanz von insgesamt 110 Ärzten und 271 Patienten wiederum nicht groß genug, um daraus allgemeingültige Aussagen gewinnen zu können. Die Ergebnisse sind besser als Trendanalysen ohne Signifikanz zu werten. Die absoluten Werte der Antworten waren hierbei relativ unerheblich,

maßgebend war vielmehr die in etwa richtige Zuordnung der Größendimensionen.

Die Erhebungen fanden an vier Krankenhäusern unterschiedlicher Art oder Struktur, sämtliche in Oberbayern gelegen, statt.
Es handelt sich um ein Kreiskrankenhaus, ein Spezialkrankenhaus der LVA, ein Krankenhaus eines religiösen Ordens und schließlich um einige Universitätskliniken.

Es wurden insgesamt 110 Ärzte mit differenzierten Entscheidungskompetenzen und unterschiedlicher Verantwortung und Berufserfahrung befragt. Die Befragten gliedern sich auf in:

	Anzahl	%
Oberärzte und/oder Leitende Ärzte (kurz OA)	21	19,1
Vollassistenten (kurz VA)	64	58,2
Medizinalassistenten (kurz MA)	25	22,7

1. Kostenbewußtsein und Kostenwirksamkeit

In vorangegangenen Ausführungen kam bereits die Sprache auf den zentralen Punkt dieser Arbeit: "Kostenbewußtsein und Kostenwirksamkeit." So scheint es durchaus von Interesse, wie gut im Rahmen der Befragung u.a. diese beiden, doch recht abstrakten Begriffe von Ärzten definiert werden konnten.

Obwohl eine enge Beziehung beide Begriffe miteinander verbindet, divergieren dennoch beide Ergebnisse.

TABELLE 11

Definition des Begriffes "Kostenbewußtsein." [1]

	richtig beantwortet	nicht beantwortet
	%	%
MA	84,0	16,0
VA	87,5	12,5
OA	81,0	19,0
Ä gesamt [2]	85,4	14,6

TABELLE 12

Definition des Begriffes "Kostenwirksamkeit" [1]

	richtig beantw.	falsch beantw.	nicht beantw.
	%	%	%
MA	60,0	12,0	28,0
VA	60,9	10,9	28,2
OA	57,1	—	42,9
Ä gesamt	60,0	9,1	30,9

2) Hier und ebenso in den nachfolgenden Tabellen bedeutet "Ä gesamt" die Abkürzung für Gesamtheit der befragten Ärzte unter Vernachlässigung einer hierarchischen Differenzierung.

1) vgl. hierzu die Darlegung auf S. 58

Die richtige Definition von "Kostenbewußtsein" erfolgte für 85,4 % der Befragten bereits aus dem Wort selbst; "Kostenwirksamkeit" hingegen ist ein Begriff, der doch sehr speziell und der wirtschaftswissenschaftlichen Fachsprache entliehen ist. Umso bemerkenswerter die zu 60 % richtige Beantwortung von einer Berufsgruppe, die weder von der Ausbildung noch von der primären Arbeitsaufgabe her mit diesem Begriff vertraut ist.

2. Bestimmungsgrößen im Hinblick auf das Entscheidungsfeld der Befragten

a) Die externen Kosten

Jede medizinische Entscheidung verursacht zwangsläufig Kosten. Ein in der Diskussion um die Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung wenig beachteter Faktor ist das Problem externer Kosten, d.h. Kosten, die nicht im Krankenhaus selbst anfallen und deshalb in die Disposition des Produzenten nicht eingehen, hingegen aber vom gesellschaftlichen Aspekt her real sind.[1)]

Im System der GKV versteht man unter externen Kosten diejenigen, welche zwar bei ihrer Inanspruchnahme entstehen, jedoch nicht von der GKV erfaßt über sie abgerechnet werden können. Es handelt sich hierbei um Auswirkungen auf die Umwelt des Patienten. So gehen z.B. Lohnfortzahlungen im Krankheitsfalle, die zwar unmittelbar vom System der GKV ausgelöst werden, nicht in dessen Kostenrechnung ein. Als weitere Beispiele sind

---

1) MUSGRAVE, R.A.; MUSGRAVE, P.B.; KULLMER, L.; "Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis", Band 1, Tübingen 1975, S. 67, zit. nach REBSCHER,H. "Ökonomische Analyse ...", S. 33

zu nennen: der Produktionsausfall, der stets letztlich zu Lasten der Volkswirtschaft geht, oder der Versorgungsausfall (gleichbedeutend mit der Notwendigkeit, eine bezahlte Haus- oder Pflegehilfe in Anspruch nehmen zu müssen). So können externe Kosten im Bewußtsein eines Krankenhausarztes keine allzu dominierende Rolle spielen, da die Krankheit als Primärursache für den Produktionsausfall nur mittelbar seinem Entscheidungsbereich unterliegt. Man sollte jedoch hierbei bedenken, daß es dennoch gerade seiner Person obliegt, entscheidenden Einfluß auf besagten Produktionsausfall über die freie Gestaltung von Diagnose, Therapie, Rekonvaleszenz und Nachsorge für die erforderliche oder geschätzte Zeit Einfluß zu nehmen.

In der ambulanten medizinischen Versorgung bedingt keineswegs jede ärztliche Behandlung einen Produktionsverlust infolge Arbeitsunfähigkeit des Patienten. Anders aber verhält es sich im stationären Bereich. Die Notwendigkeit für den Patienten, seinem Arbeitgeber den geforderten Krankheitsnachweis zu erbringen, versetzt den Arzt in eine dominierende Entscheidungsposition. Die Dauer der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit entspricht allein dem ärztlichen Ermessen.

Die Arbeitsunfähigkeit eines Lohnempfängers, der sich in einem festen Vertragsverhältnis befindet, bewirkt eine bis zu sechswöchige Lohnfortzahlung des Arbeitgebers.
Der Arzt sollte nun am Beispiel eines gelernten Facharbeiters den Preis eines einzigen Tages Arbeitsunfähigkeit abschätzen.

TABELLE 13

Geschätzte Summe der Lohnfortzahlung (brutto) pro Tag infolge Arbeitsunfähigkeit für einen Facharbeiter

	darunter	real: DM 145 Spanne: DM120 - 175	darüber
	%	%	%
MA	44,0	28,0	28,0
VA	40,6	34,4	25,0
OA	52,4	14,3	33,3
Ä insgesamt	43,6	29,1	27,3

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1976

Die Zahlen dieser Tabelle zeigen, daß eine Frage, die sich nicht unmittelbar aus dem Tätigkeitsfeld des Arztes in Form von medizinischer Hilfe ergibt, von jeder der drei, nach hierarchischen Gesichtspunkten differenzierten Gruppen durchweg zu tief angesetzt wurde. Am besten informiert zeigte sich der Vollassistent, während Leitende- und Oberärzte zu 85,7 % eine nicht ganz zutreffende Schätzung abgaben. Die Gesamtbetrachtung der drei Gruppen zeigt eine richtige Schätzung von 29,1 %.

An den "Preis für einen Tag Arbeitsunfähigkeit" schloß sich die Frage an, in welcher Höhe die Krankenversicherung in Form von Sachleistungen belastet wird. Die Kenntnis der Tatsache, daß zwei Drittel der Lohnsumme als Barleistung zu werten sind, erforderte bereits detaillierteres Wissen.

TABELLE 14

Geschätzter Betrag für die von der GKV als Sachleistung erbrachten Aufwendungen für einen Tag Krankenhaus-Aufenthalt (am Beispiel eines Facharbeiters)

	darunter	real: DM 107 Spanne DM 75 - 125	zu hoch	darüber
	%	%	%	%
MA	8,0	28,0	64,0	
VA	17,2	18,8	62,5	1,5
OA	19,1	19,1	61,8	
Ä insges.	15,4	20,9	62,8	0,9

Lt. Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Nov. 1976

Im Gegensatz zur vorangegangenen Frage überwiegt hier mit einem Anteil von mehr als 60 % die Tendenz,den gefragten Geldbetrag deutlich überzubewerten. Auch hier wiederum wurden die entscheidungsmächtigeren Oberärzte und Leitenden Ärzten von jüngeren, hierarchisch nach-

geordneten Kollegen an einschlägiger Kenntnis übertroffen. Die Gesamtwertung ergibt einen Kenntnisstand von 20,9 % richtigen gegenüber 78 % zu hoch oder zu tief angesetzten Schätzungen.

Da allein von ärztlicher Seite die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erstellt werden kann, lag die Frage nahe, inwieweit eine ungefähre Vorstellung zum derzeitigen Krankenstand aller in einem Abhängigkeitsverhältnis Beschäftigten vorhanden ist. Dazu wurden zwei Fragen gestellt, wobei die erste den Prozentsatz des täglichen Krankenstandes betraf, während die zweite Frage auf die Gesamtzahl pro Jahr verlorengegangener Arbeitstage abzielte.

TABELLE 15

Prozentuale, durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit pro Tag in der Bundesrepublik Deutschland, gemessen an der Gesamtzahl der in einem Abhängigkeitsverhältnis Erwerbstätigen

	darunter	real: ± 5%[1] Spanne: 4–7%	darüber	nicht beantw.
	%	%	%	%
MA	12,0	52,0	36,0	
VA	35,9	28,1	32,8	3,2
OA	23,8	28,6	47,6	
Ä insg.	28,2	33,6	36,4	1,8

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1976

1) durch Einflüsse wie Jahreszeit, Epidemien, Konjunkturlage etc. Schwankungen unterworfen!

TABELLE 16

Gesamtzahl wegen Arbeitsunfähigkeit verlorengegangener Tage pro Jahr in der BRD

	darunter	real: 386 Mio. Spanne: 300 - 500 Mio.	darüber	nicht beantw.
	%	%	%	%
MA	72,0	16,0	4,0	8,0
VA	70,3	9,4	10,9	9,4
OA	47,6	9,5	14,3	28,6
Ä gesamt	66,4	10,9	10,0	12,7

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1976

Inhaltlich sind die Fragen zu Tabelle 15 und 16 identisch. Sie unterscheiden sich nur hinsichtlich des Zahlenwertes (absolut zu relativ) und des betrachteten Zeitraums. Wie zu erwarten war, fiel das Ergebnis unterschiedlich aus, denn erfahrungsgemäß sind prozentuale Zahlenwerte leichter verständlich als das quantitative Erfassen von absoluten Zahlen. So gesehen wäre das ungünstigere Abschneiden in Tabelle 16 mit nur 10 % richtigen Antworten durchaus erklärbar. Denn Tabelle 15 zeigt, daß hier insgesamt bereits dreimal soviel richtige Antworten zu der Frage nach der operationalen Größe genannt wurden.

Es sei die Anmerkung gestattet, daß ein mitunter fehlendes Wissen um Zahlen der attestierten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in keinem Fall mit einer verantwortungslosen, ungerechtfertigten Handhabung in Zusammenhang gebracht werden darf.

Eine quantitative Beurteilung der Größe einer Volkswirtschaft erfolgt häufig über das Bruttosozialprodunkt. Die Ausgaben für den gesamten Gesundheitsbereich, die in den vergangenen Jahren ständig expandierten [1], stellen dabei einen beachtlichen Anteil dar.

TABELLE 17

Geschätzte Ausgaben für den Gesundheitsbereich, in Prozent am Bruttosozialprodukt gemessen

	darunter	real: 7-8 % Spanne: 5-10%	darüber	nicht beantwo.
	%	%	%	%
MA		40,0	60,0	
VA	1,6	28,1	67,2	3,1
OA		33,3	61,9	4,8
Ä insg.	0,9	31,8	64,5	2,8

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1976

1) vgl. SPRINGMANN, H-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ...", S. 5

Insgesamt konnten 31,8 % als richtige Angaben gewertet werden. Dabei schneidet die Gruppe der Medizinal-Assistenten am günstigsten ab. Deutlich erkennbar bei allen drei Gruppen ist die Tendenz , das Kostenvolumen für Gesundheitsaufwendungen überzubewerten; eine Unterbewertung ist nicht gegeben (insge. 0,9 %). Diese Tatsache mag als Indiz für das Wissen um innerhalb des gesamten Gesundheitsbereiches entstandene Kosten zu werten sein. Das könnte zu der Annahme führen, daß der Arzt im Krankenhaus zwar über keine detaillierte Zahlenkenntnis verfügt, aber bei einer grob quantitativen Schätzung geneigt ist, die finanzielle Bedeutung des Gesundheitssektors anzuerkennen, wenn nicht gar überzubewerten.

Bei abschließender Betrachtung kann man feststellen, daß ein Bewußtsein für externe Kosten zumindest bei den befragten Krankenhausärzten nur bedingt vorhanden ist. Ein solches Ergebnis darf deshalb nicht so sehr erstaunen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß diese Kostenart ja nur mittelbar mit der ärztlichen Tätigkeit in Zusammenhang steht. So wäre zu folgern, daß das Ausmaß interner Kosten dann geläufiger sein sollte. Denn hierbei handelt es sich um solche Kosten, die aus der unmittelbaren Wechselwirkung zwischen Patient und dem System der medizinischen Versorgung entstehen. Stets ist eine Vielzahl von kostenverursachenden Möglichkeiten mit gegenseitiger Abhängigkeit vorhanden, die sich über die Therapie bis zur Nachsorge und der Verringerung des Wiederauftretens von Krankheiten und Folgeerscheinungen erstrecken. [1)]

---

1) vgl. SPRINGMANN, H-C.: unveröffentlichte Studie zur "Kostenwirksamkeit ...", S. 5

b) Die internen Kosten im Krankenhaus

"Interne",also innerhalb eines Krankenhauses entstehende Kosten werden entscheidend von der jeweiligen Aufenthaltsdauer des Patienten mitbestimmt. Da allein der Arzt im Rahmen seiner Entscheidungsbefugnis für den Patienten den Entlassungstermin bestimmt, sollte ihm die durchschnittliche Verweildauer zumindest in der Bundesrepublik geläufig sein.

TABELLE 18

Durchschnittliche Verweildauer in der Bundesrepublik Deutschland

	darunter	real: 17 Tage	darüber
MA	16,0	72,0	12,0
VA	17,2	75,0	7,8
OA	14,3	80,9	4,8
Ä ges.	16,4	75,4	8,2

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Heft 10/1976, S. 629

Das Ergebnis ist eine Zunahme der richtigen Antworten innerhalb der hierarchischen Rangfolge der Befragten.

Mit dieser Frage war auch ein kurzer Vergleich mit der Verweildauer in den USA und Schweden verbunden.

TABELLE 19

Durchschnittliche Verweildauer in den U S A

	darunter	real: 8 Tage	darüber
	%	%	%
MA	16,0	60,0	24,0
VA	25,0	62,5	12,5
OA	14,3	80,9	4,8
Ä ges.	20,9	65,4	13,7

Quelle: Deutsches Ärzteblatt,Heft 11/1976, S. 738

TABELLE 20

Durchschnittliche Verweildauer in Schweden

	darunter	real: 12 Tage	darüber
	%	%	%
MA	32,0	48,0	20,0
VA	15,7	48,4	35,9
OA		71,4	28,6
Ä ges.	16,4	52,7	30,9

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Heft 11/1976, S. 738

Der vergleichende Blick ins Ausland zeigt, daß allen drei Tabellen eine positive Korrelation von der Quote der richtigen Aussagen zur hierarchisch gestaffelten Entscheidungsbefugnis gemeinsam ist. Mit 75,4 % richtigen Antworten waren die Verhältnisse im eigenen Land am besten vertraut, wobei für die ersten beiden Länder die Ober-/Leitenden Ärzte mit 80,9 % den Durchschnitt noch übertrafen.

Verweildauer und Pflegesatz sind zwei eng miteinander verknüpfte Größen. Beide Parameter bestimmen die Höhe der finanziellen Forderungen der Krankenanstalten gegenüber den Kassen, wobei "die Pflegesätze der Krankenhäuser der Hauptbestimmungsfaktor für die Ausgaben der GKV im Bereich Anstaltsbehandlung sind." [1] Aufgrund seiner Bedeutung sollte daher die augenblickliche Höhe bekannt sein.

TABELLE 21

Kenntnis von der absoluten Höhe des Pflegesatzes

	darunter	-20%	-10%	100%	+10%	+20%	darüb.	nicht beantw.
	%	%	%	%	%	%	%	%
MA	16,0	8,0	28,0	4,0	16,0	8,0	16,0	4,0
VA	9,4	7,8	28,1	10,9	17,2	14,1	12,5	
OA	4,8	4,8	38,1	23,8	28,5			
Äges.	10,0	7,3	30,0	11,8	19,1	10,0	10,9	0,9

1) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ...", S. 56

Die Befragten kannten die ganz genaue, damalig aktuelle Höhe des Pflegesatzes nur zu 11,8 %, unter Miteinbeziehung einer zehnprozentigen Deviation sowohl nach oben wie auch nach unten zu 49,1 %. Die Kostenkenntnis verläuft progredient mit der hierarchischen Entscheidungsabstufung. Diese Feststellung gilt sowohl für den schmalen Bereich der ganz genau zutreffenden Angaben wie auch für den um zehn Prozent erweiterten Bereich. Unabhängig von der beruflichen Rangfolge besteht die Tendenz der Unterbewertung.

Eine Spezifizierung der vorangegangenen Frage erfolgte im Anschluß daran; gefragt war nach den einzelnen Kostenelementen und deren prozentualen Anteile.

TABELLE 22

Kenntnis von den Kostenelementen eines Pflegesatzes und deren prozentuale Anteile

Erkennen der entsprechenden Personalkosten innerhalb des Pflegesatzes	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
Keine %-Aufschlüsselung	12,0	9,4	4,8	9,1
und weniger	20,0	15,6	4,8	14,5
DM 30 - 39	12,0	9,4	19	11,8
DM 40 - 54	20,0	34,4	14,3	27,3
DM ⩾ 55 real	20,0	29,7	57,1	32,7
nicht beantwortet	16,0	1,5		4,6
Übrige Kostenelemente richtig erkannt				
ja	68,0	60,9	57,1	61,8
bedingt	20,0	23,4	28,6	23,6
nein		10,9	14,3	9,1
nicht beantwortet	12,0	4,8		5,5
Verwaltungskosten mit mehr als 1o% eingeschätzt	20,0	15,6	4,8	14,5

Insgesamt erkannte nur ein Drittel zu Recht, daß bei allen Pflegesätzen der einzelnen Häuser die Personalkosten einen Anteil von mehr als DM 55.-- an den Gesamtkosten haben. Analog zur Frage nach der absoluten Höhe des Pflegesatzes, so korreliert auch hier die Kenntnis um die Wesentlichkeit der Personalkosten mit dem Dienstgrad.

Ein günstigeres Bild hingegen bietet das Erkennen der übrigen Kostenelemente. Mit einer Quote von 68 % schneiden hierbei die Medizinalassistenten gegenüber den Vollassistenten (60,9 %) und den Leitenden/Oberärzten (57,1 %) am besten ab.

Erstaunlich ist dabei, welch hohen Stellenwert im Pflegesatz der Verwaltung irrtümlicherweise zugebilligt wird. So setzten 15,6 % der befragten Vollassistenten und gar 20 % der Medizinalassistenten den Verwaltungsaufwand mit mehr als 10 % des Gesamtbetrages für den Pflegesatz an. Unterstrichen wird dieses bemerkenswerte Ergebnis dadurch, daß 30,9 %[1)] der Befragten innerhalb eines Krankenhauses den Verwaltungsaufwand als Sachbereich mit dem größten Kostenvolumen ansehen.

---

1) vgl. hierzu Tabelle 23

TABELLE 23

Sachbereich innerhalb eines Krankenhauses mit dem größten Kostenvolumen

	MA	VA	OA	A gesamt
	%	%	%	%
Röntgen	24,0	23,4	14,3	21,8
Verwaltung	32,0	28,1	38,1	30,9
Küche			9,5	1,9
hauseigene Apotheke	8,0	25,1	28,6	21,8
Labor	36,0	23,4	9,5	23,6

Bei der Auswertung dieser Frage ist die Vielfalt der befragten Häuser zu berücksichtigen. Je nach Ausstattung und Nutzungsgrad wird einmal der Röntgen- den Laborbereich an Kosten übertreffen; an einem vom Typ her anderen Krankenhaus kann es sich gerade umgekehrt verhalten. Andererseits werden in einer Anstalt mit überwiegend Langzeit-Patienten - wie z.B. in einer pneumologischen Spezialklinik - relativ hohe Kosten für Medikamente anfallen.
Dementsprechend entschieden sich etwa gleich viele Ärzte für einen dieser soeben genannten Bereiche, deren Stellenwerte aber eindeutig der vermeintlichen Bedeutung der Verwaltungsausgaben untergeordnet wurden.

c) Anschaffungspreise für medizinisch-technische Geräte und Apparate und deren laufende Betriebskosten

Vorangegangenen Fragen, die wohl mehr dem allgemeinen Krankenhausbetriebsablauf zuzuordnen sind, folgen nun solche, die bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit eine speziellere, etwaige Kenntnis um damit verbundene Kosten zum Inhalt haben.

Gängige Verfahren, wie sie täglich in Diagnose und Therapie angewendet werden, wurden nach Anschaffungspreisen und laufenden Betriebskosten gefragt. Durch häufigeren Umgang bedingt, sollten täglich anfallende Kosten besser bekannt sein als einmalige, nicht allzu häufig wiederkehrende Ausgaben der Anschaffung.

In diesen, wie auch allen nachfolgenden Tabellen, sind die als real ausgewiesenen Werte teils effektive, teils Mittel- oder auch Schätzwerte, weil gerade auf dem stationären Sektor zuverlässige Kostenrechnungen bisher häufig noch nicht verfügbar waren.

TABELLE 24

Anschaffungskosten eines Elektro-Kardiogramm-Gerätes

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	36,0	26,6	14,3	26,4
real: DM ± 15.000				
Spanne: DM 10.000	28,0	46,9	23,8	38,2
- DM 20.000				
darüber	20,0	17,1	38,1	21,8
nicht beantwortet	16,0	9,4	23,8	13,6

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976) zu Tabellen 24 und 25

TABELLE 25

Gesamtbetriebskosten (pro Untersuchung) eines Elektrokardiogramms

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	16,0	7,8	9,5	10,0
real: DM 13 - 15 Spanne: DM 10-20	16,0	54,7	23,8	40,0
darüber	52,0	29,7	42,9	37,3
nicht beantwortet	16,0	7,8	23,8	12,7

TABELLE 26

Anschaffungskosten zur Durchführung einer elektrophoretischen Bestimmung

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 12.000	52,0	42,2	38,1	31,8
Spanne: DM 10.000 - 20.000	20,0	32,8	19,1	27,7
darüber	8,0	3,1	19,1	19,1
nicht beantwortet	20,0	21,9	23,7	21,4

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 27

Gesamtbetriebskosten (pro Untersuchung) einer Elektrophorese

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
real: DM 3 - 4 Spanne: DM ⩽ 8	20,0	17,2	19,0	18,2
darüber	60,0	54,7	57,2	56,4
nicht beantwortet	20,0	28,1	23,8	25,4

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

TABELLE 28

Anschaffungskosten eines Mammographen

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 35.000	16,0	10,9	4,8	10,9
Spanne: DM 20.000 - 50.000	32,0	23,4	28,6	26,4
darüber	24,0	45,3	38,1	39,1
nicht beantwortet	28,0	20,4	28,5	23,6

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 29

Gesamtbetriebskosten (pro Untersuchung) einer Mammographie

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	4,0	1,6		1,8
real: DM ± 50 Spanne: DM 35 - 75	52,0	43,8	47,6	46,4
darüber	24,0	40,6	38,1	36,4
nicht beantwort.	20,0	14,0	14,3	15,4

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

TABELLE 30

Anschaffungskosten zur Durchführung einer Blutgruppenbestimmung

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 20.000	40,0	39,1	42,9	40,0
Spanne: DM 10.000 - 50.000	32,0	28,1	19,0	27,3
darüber		12,5	14,3	10,0
nicht beantwortet	28,0	20,3	23,8	22,7

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 31

Gesamtbetriebskosten (pro Untersuchung) einer Blutgruppenbestimmung

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	12,0	10,9	4,8	10,0
real: DM ± 10 Spanne: DM 5-15	28,0	40,6	47,6	39,1
darüber	40,0	39,1	28,6	37,3
nicht beantwortet	20,0	9,4	19,0	13,6

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

TABELLE 32

Anschaffungskosten für eine Hämodialyse

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 60000	24,0	18,8	33,3	22,7
Spanne: DM 30.000-100.000	36,0	40,6	23,8	36,4
darüber	20,0	26,6	9,5	21,8
nicht beantwort.	20,0	14,0	33,3	19,1

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 33

Gesamtbetriebskosten (pro Anwendung) einer Hämodialyse

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 700	40,0	50,0	47,6	47,3
Spanne: DM 500 - 1000	36,0	31,3	14,3	29,1
darüber	4,0	7,8	9,5	7,3
nicht beantwort.	20,0	10,9	28,6	16,3

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

TABELLE 34

Anschaffungskosten eines Szintigraphen

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 250.000		3,1		1,8
Spanne: 100.000 - 400.000	36,0	26,6	14,3	26,4
darüber	44,0	50,0	47,6	48,2
nicht beantwort.	28,0	20,3	38,1	23,6

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 35

Gesamtbetriebskosten eines (z.B. Knochen-) Szintigramms

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 40		1,6		0,9
Spanne: DM 20-100	48,0	37,5	47,6	41,8
darüber	32,0	46,9	28,6	40,0
nicht beantwortet	20,0	14,0	23,8	17,3

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

TABELLE 36

Filmmaterialkosten einer "Thorax-Übersichts"-Röntgenaufnahme

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	12,0	3,1		4,5
real: DM ± 4 Spanne: DM 2 - 5	24,0	21,9	61,9	30,0
darüber	60,0	71,9	33,3	61,8
nicht beantwortet	4,0	3,1	4,8	3,7

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

Die reinen Materialkosten hierfür konnten mit 61,9 % am besten die Ober-/Leitenden Ärzte einschätzen. Eine deutliche Überbewertung (71,9 %) erfolgte gerade durch die Gruppe, die im täglichen Arbeitsablauf am häufigsten Röntgenaufnahmen veranlaßt.

Die anschließende Frage nach den Gesamtkosten einer solchen Aufnahme ergab ein ähnliches Bild.

TABELLE 37

Gesamtkosten einer "Thorax-Übersichts"-Röntgenaufnahme [1)]

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 17	4,0	1,6	4,8	2,7
Spanne: DM 10-25	24,0	29,7	28,6	28,2
darüber	68,0	64,1	66,6	65,4
nicht beantwortet	4,0	4,6		3,7

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

Die Gesamtquote der richtigen Antworten beträgt 28,2 %. Innerhalb aller drei Gruppen dominiert eine Kostenüberbewertung (65,4 %).

1) unter Berücksichtigung von Filmmaterial, kalkulatorischer Apparate - Miete, Raumkosten, Reparaturen, Bedienung, sowie Auswertung und Befundung.

TABELLE 38

Laufende Betriebskosten für ein Bett auf der Intensivstation pro Tag [1)]

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter		3,1		1,8
real DM ± 250 Spanne: DM 200 - DM 400	44,0	40,6	33,3	40,0
darüber	52,0	54,7	66,7	56,4
nicht beantwortet	4,0	1,6		1,8

lt. Auskunft eines mit den Kosten vertrauten Sachverständigen

40 % der abgegebenen Antworten konnten in die Wertung aufgenommen werden. Es dominiert auch hier wiederum eine Überbewertung der damit verbundenen Kosten.

1) incl. 24-stündiger Bereitschaft von Arzt und Pflegepersonal

TABELLE 39

Anschaffungskosten zur Bereitstellung eines "Intensivbettes" [1)]

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real: DM ± 450.000	72,0	78,1	76,2	76,5
Spanne: DM 300.000 - 500.000	8,0	14,1	23,8	14,5
darüber	16,0	3,1		5,4
nicht beantwortet	4,0	4,7		3,6

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

TABELLE 40

Durchschnittliche Anschaffungskosten eines Röntgengerätes

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter real:DM ±400.000	36,0	28,1	33,3	30,9
Spanne: ± DM 200.000-600.000	60,0	65,6	57,1	62,7
darüber	4,0	3,1	4,8	3,6
nicht beantwortet		3,2	4,8	2,8

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

1) unter Berücksichtigung der kompletten Ausstattung!

Zu den beiden letzten Fragen ist festzustellen: daß nur insgesamt 14,5 % aller Antworten zu den Bereitstellungskosten eines Intensivbettes der Wertung entsprachen, ist mit der Einmaligkeit dieses Vorganges zu erklären, der dazu noch in die Entscheidungskompetenz des Klinischen Direktoriums fällt. So kamen die Leitenden/Oberärzte der richtigen Größenordnung auch am nächsten (23,8 %). Dennoch ist bei einer Quote von mehr als 70 % die Unterbewertung der tatsächlichen Gegebenheiten evident.

Offenbar ist die Größenordnung, für die Neuanschaffung eines Röntgengerätes quantitativ leichter zu erfassen: es entsprachen immerhin 62,7 % der abgegebenen Antworten der richtigen Wertung.

Eine vergleichende Betrachtung zum Kenntnisstand von Anschaffungs- zu Betriebskosten dieser Beispiele fällt zugunsten letzterer aus. Dies ist auch verständlich, da reine Anschaffungskosten eher einmalig und somit im täglichen Umgang von nachgeordneter Bedeutung sind. So findet das bessere Einschätzen der Gesamtbetriebskosten durchaus seine Erklärung, denn hierbei handelt es sich um oftmals zwar geringe, aber dafür umso häufiger wiederkehrende Beträge, die in einem Krankenhaus den Ausgabenblock langfristig gesehen sogar mehr belasten als einmalige Anschaffungskosten. Das Vorhandensein eines gewissen, obgleich noch nicht zu stark ausgeprägten Kostenbewußtseins ist das Ergebnis dieser vergleichenden Betrachtung.

d) Die Personalkosten

Von dem gesamten Kostenvolumen eines Krankenhauses entfallen aufgrund seines ausschließlich dienstleistungsorientierten Charakters auf die Personalkosten mehr als zwei Drittel, rund 70 Prozent. Es ist verständlich, daß dies durch die regelmäßigen tariflichen Erhöhungen der Löhne und Gehälter des Krankenhauspersonals in Verbindung mit einer tariflichen Verkürzung der regelmäßigen Arbeitszeit über die Personalkosten zum rasanten Anstieg der Gesamtkosten führte. Wegen der Auswirkungen dieser Entwicklung auf die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses sollten den dort tätigen Ärzten ungefähr die wichtigsten Strukturen der Personalkosten bekannt sein.

Bruttovergütung je Stunde als Kostenfaktor (einschließlich Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung)
für folgende Personengruppen:

TABELLE 41

Krankenschwester (voll ausgebildet)

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	36,0	32,8	33,3	33,6
real: DM 13-16	28,0	29,7	28,6	29,1
darüber	32,0	35,9	38,1	35,4
nicht beantwortet	4,0	1,6		1,9

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1977

TABELLE 42

Medizinisch-Technische Assistentin

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	36,0	28,1	33,3	30,9
real: DM 14–18	32,0	31,2	28,6	30,9
darüber	28,0	37,5	38,1	35,4
nicht beantwortet	4,0	3,2		2,8

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1977

TABELLE 43

Assistenzarzt (Besoldungsgruppe IIa BAT)

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	40,0	46,9	38,1	43,6
real: DM 21-27	28,0	18,8	9,5	19,1
darüber	28,0	32,8	52,4	35,4
nicht beantwortet	4,0	1,5		1,9

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1977

Die Spanne der gewerteten Aussagen wurde so gewählt, daß alle Variablen mit Einfluß auf den Verdienst, wie z.B. Anzahl der Dienstjahre, bereits mitberücksichtigt wurden.

Das Ergebnis lautet: Die Arbeitgeberkosten für die Arbeitsstunde einer Krankenschwester wie auch einer Medizinisch-Technischen Assistentin wurden von 30 % richtig angesetzt, die des Assistenzarztes (Besoldungsgruppe BAT IIa) insgesamt von nur 19,1 %.

Die Gruppe der Medizinialassistenten zeigte sich über ihre zukünftige Besoldungsgruppe verständlicherweise besser informiert als Leitende/Oberärzte. Beide Assistenzarztgruppen (40 % bzw. 46,9 %) neigen zur Unterbewertung der Arbeitgeberkosten, ganz im Gegensatz zu den Leitenden/Oberärzten.

Nach Fragen zu einzelnen Beispielen aus dem Sach- und Personalsektor, ist es durchaus von Interesse, in welchem Verhältnis diese beiden Kostenteile zueinander gesehen werden.

TABELLE 44

Verhältnis der Sach- und Personalkosten zueinander

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
Sachkosten-Überbewertung	32,0	25,0	14,3	24,5
real: 1:2 [1] Spanne: 2:3 bis 3:7	28,0	34,4	66,7	39,1
Personalkosten-Überbewertung	40,0	40,6	19,0	36,4

laut Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1976

Das richtige Verhältnis von 1:2 [1] erkannten mit 66,7 % am besten die Leitenden/Oberärzte. Im Falle einer Überbewertung sprach die Mehrzahl (insgesamt 36,4 %) dann auch den Personalkosten die ihr tatsächlich zukommende Bedeutung zu.

1) Zugunsten der Personalaufwendungen!

e) Die Auswahl der Medikamente

Überaus vielfältige und weitreichende Entscheidungsmöglichkeiten für den Arzt resultieren aus seiner Funktion als Verteiler pharmazeutischer Erzeugnisse. Dies gilt ebenso für den ambulanten wie auch stationären Sektor. Zwar entzieht sich die Erzeuger-Preisgestaltung völlig seiner Einflußsphäre, doch ist es allein seine Entscheidung, über Menge, Art und Kosten zu befinden. Als Entscheidungsparameter dienen ihm dabei Wirkungseintritt, -dauer und -sicherheit, unerwünschte Nebenwirkungen, Belastbarkeit und Zumutbarkeit für den Patienten.

TABELLE 45

Kriterien für die Wahl zwischen mehreren, im Heilerfolg adäquaten Medikamenten

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
neuestes Präparat	12,0			2,8
bekanntestes Präparat	8,0	10,9	9,5	10,0
bereits am längsten auf dem Markt befindliches; somit am besten erprobt	44,0	48,4	61,9	50,0
für ein Präparat aus irgendeinem anderen Grund	36,0	37,5	28,6	35,4
Berücksichtigung von Patientenwünschen		3,2		1,8

Entsprechend dem Postulat der ärztlichen Risikoaversion und dem damit nahestehenden Maximierungsprinzip[1] entschied sich die Hälfte aller Ärzte (50,0 %) für das "bereits am längsten auf dem Markt befindliche und somit am besten erprobte Präparat." Im Sinne einer Unterstützung für die Annahme einer solchen Risikoaversion spricht auch die positive Korrelation von zunehmender Häufigkeit gerade dieser Antwortmöglichkeit zur hierarchischen Stellung im Berufsleben (61,9 % der Leitenden/Oberärzte).

Für Verabreichung eines Präparates "aus irgendeinem anderen Grund" entschieden sich immerhin noch insgesamt 35,4 %. Hierunter sind die Vielzahl individuell erworbener, langjähriger Erfahrungen ebenso wie z.B. das Ausprobieren ähnlicher Produkte zu rechnen. Auch kann man unter diese Antwortmöglichkeit die Kostenfrage subsumieren. Eine Überlegung solcher Art dürfte allerdings doch nur von untergeordneter Bedeutung sein, wenn man hierzu die Erkenntnisse aus Tabelle 9[2] berücksichtigt. Kostenüberlegungen wurden dabei erst an dritter Stelle genannt. Die bereits genannten Entscheidungsparameter wie Eintritt, Dauer und Zuverlässigkeit der Wirkung, Belastbarkeit und Zumutbarkeit für den Patienten sowie unerwünschte Nebenwirkungen hatten eindeutigen Vorrang, sodaß hier das unerwartete Auftreten eines streng kostenbewußten Verhaltens eher unwahrscheinlich sein dürfte.

---

1) vgl. hierzu S. 65
2) vgl. hierzu S. 63

Die Wahl nach dem Kriterium "bekanntestes Präparat" zu treffen, geben nur wenige (insgesamt 10 %)an.

Da also andere Überlegungen als nur die Kostenfrage in die ärztliche Entscheidung mit eingehen, liegt die Annahme nahe, daß auch keine allzu genauen Vorstellungen vom absoluten Preis einzelner Pharmaka ebenso wie vom Kostenverhältnis zueinander existieren können.

Aus fünf, den Befragten vorgelegten Stoffgruppen seien als Beispiel zwei Diuretica herausgegriffen, deren voneinander unabhängige Indikationsstellung in diesem Zusammenhang völlig bedeutungslos sei.

TABELLE 46

Einkaufspreis pro 100 Tabletten von Lasix R (Furosemid), 40 mg

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	4,0	12,5		8,2
real: DM 26 Spanne: DM 15-35	36,0	25,1	38,2	30,0
⩽ DM 50	20,0	39,0	33,3	33,6
⩽ DM 80	12,0	10,9		9,1
darüber	12,0	3,1	9,5	6,4
nicht beantwortet	16,0	9,4	19,0	12,7

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen

TABELLE 47

Einkaufspreis netto für 100 Tabletten von Aldactone 50R (Spironolacton), 50 mg

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
darunter	4,0	4,7	-	3,6
⩾ 25 DM	8,0	6,3	9,5	7,3
real: 82 DM				
Spanne 50-100 DM	40,0	46,9	52,4	46,4
⩽ 150 DM	16,0	26,6	19,0	22,7
darüber	16,0	6,3	4,8	8,2
nicht beantwortet	16,0	9,2	14,3	11,8

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

Von diesen beiden Pharmaka hatten Leitende/Oberärzte die weitaus beste Kostenkenntnis. Insgesamt besteht eine Tendenz der zu hohen Bewertung des Einkaufspreises. Die Gegenüberstellung der Preise für die beiden Medikamente zeigt, daß das preismäßige Gefälle zum wesentlich billigeren "Lasix" von der Mehrzahl richtig erkannt wurde.

Ferner war auch noch die Frage nach der Preisvorstellung von anderen Pharmakaerzeugnissen aus vier Stoffgruppen (Barbiturate, Analgetica, Psychopharmaka, Tuberculostatica) gestellt worden. Da die Antworten nahezu einheitlich sehr unbefriedigend ausfielen, wird auf die Wiedergabe der Ergebnisse hier verzichtet; sie befinden sich bei den Arbeitsunterlagen des Verfassers.

Die schlechte Kenntnis der Einkaufspreise dieser Pharmaerzeugnisse darf nicht in Erstaunen setzen wenn man berücksichtigt, daß die meisten Fachärzte infolge ihrer Spezialisierung bei dieser Palette von Erzeugnissen einfach überfragt waren. Es muß noch erwähnt werden, daß die Fragen nach Tuberculostatica nur deshalb in den Katalog mitaufgenommen waren, weil die Befragung in einem Zentralkrankenhaus für Lungenerkrankungen ihren Anfang genommen hat.

Festzuhalten ist bei viel Verständnis für die Überforderung vieler Ärzte auf diesem speziellen Gebiet der Pharmapreise die Tatsache, daß eine Kenntnis der Einkaufspreise und damit der durch ihre Verordnung verursachten Kosten, die gerade wegen der täglichen Routine der ärztlichen Verordnung angenommen werden sollte, nur bedingt vorhanden ist.

3. Persönliche Ansichten zu Verhältnissen im Krankenhaus

Neben Fragen, die bis hierher ausschließlich die Kostenkenntnis betrafen, sollte auch die persönliche Ansicht des Befragten zu bestimmten Aspekten dieses Themas in Erfahrung gebracht und die Beurteilung von Vorschlägen erkundet werden.

Zum Problem "Verweildauer" läßt die genaue Kenntnis von der durchschnittlichen Liegezeit in der Bundesrepublik Deutschland eine ebenso eindeutige persönliche Stellungnahme erwarten.

TABELLE 48

Zur durchschnittlichen Verweildauer in der Bundesrepublik Deutschland

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
gerade ausreichend	20,0	26,6	23,8	23,6
zu kurz				
zu lang	80,0	73,4	76,2	76,4

Die Mehrheit von 76,4 % äußerte die Meinung, daß die augenblickliche Verweildauer zu lang und somit zu kostspielig sei. Diese klare Aussage war unabhängig von der beruflichen Stellung des Befragten. Keiner erachtete die derzeitige Handhabung der Liegezeiten als zu kurz.

So gesehen erscheint es auch nicht weiter erstaunlich, daß 84,5 % eine Verkürzung der Verweildauer künftig für realisierbar halten.

TABELLE 49

Über eine eventuell künftig zu realisierende Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	92,0	82,8	81,0	84,5
nein	8,0	17,2	19,0	15,5

Zwiespältig hingegen werden die Erfolgsaussichten auf Senkung des Pflegesatzes (z.B. mittels Rationalisierung) beurteilt.

TABELLE 50

Zu den Erfolgsaussichten einer möglichen Senkung des Pflegesatzes (z.B. mittels Rationalisierens)

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	64,0	57,8	38,1	55,4
nein	36,0	42,2	61,9	44,6

Leitende/Oberärzte, deren Entscheidungsbereich die organisatorischen und verwaltungstechnischen Fragen zufallen, sprachen sich zu 61,9 % negativ aus. Gegenteiliger Auffassung sind immerhin insgesamt 55,4 %. Zu diesem Ergebnis tragen die Assistenzärzte überdurchschnittlich bei. Eine positive Korrelation besteht zwischen zunehmender beruflicher Entscheidungsgewalt und der negativ beurteilten Erfolgsaussicht.

Die anschließende Frage, für welchen Bereich die Möglichkeit des Einsparens gegeben sei, steht in Einklang mit den Antworten der Assistenzärzte.

TABELLE 51

Zu dem Bereich, der eine Möglichkeit zu Einsparungen bieten könnte [1)]

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
Pflegepersonal		4,0	11,2	3,9
Verpflegung des Patienten	5,0	2,0		2,5
Heilmittel	10,0	10,0	11,1	10,1
Verwaltung	25,0	28,0	44,4	29,1
Umorganisieren des Behandlungsablaufes im Krankenhaus	45,0	44,0	33,3	43,0
Strukturveränderung im Behandlungsablauf	15,0	12,0		11,4

1) Die Prozentangaben dieser Tabelle beziehen sich nur auf die Zahl derjenigen Ärzte, welche die vorangegangene Frage bejaht haben!

An erster Stelle wurde "Umorganisierung im Behandlungsablauf" genannt, also eine Gegebenheit, mit der sich die Medizinal- und noch mehr die große Zahl der Vollassistenten täglich konfrontiert sieht. Nur zu häufig wurden Engpässe in der speziellen Diagnostik (z.B. Röntgen, Endoskopie, Bronchoskopie) mit der Folge einer überdurchschnittlichen Verweildauer beklagt.

Den zweiten Rang bereits hat bei denjenigen, welche sich zuvor positiv zu einer möglichen Pflegesatzsenkung äußerten, die Verwaltung inne. Ein solches Ergebnis sollte man nicht isoliert sehen, denn auch die Frage nach dem Sachbereich mit dem größten Kostenvolumen hatte zu einem ähnlichen Ergebnis geführt. Es besteht also von ärztlicher Seite eine eindeutige Überbewertung der krankenhauseigenen Verwaltungsbürokratie, deren Anteil am Pflegesatz einen geradezu bescheidenen Anteil ausmacht.

Der folgende Vorschlag war nur als Fangfrage gedacht:

TABELLE 52

Zum Vorschlag "Kostenersparnis durch Umstrukturierung eines Krankenhauses (z.B. Aufhebung der Privatstation)"

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	40,0	23,4	4,7	23,6
nein	48,0	71,9	90,5	70,0
"weiß ich nicht!"	12,0	4,7	4,8	6,4

Von insgesamt 70 % - davon entfielen 71,9 % auf Vollassistenten und 90,5 % auf die Gruppe der Leitenden/ Oberärzte - wurde der (nicht ernsthaft gemeinte) Vorschlag eindeutig abgelehnt.
Nur in Medizinalassistentenkreisen waren 40 % konträrer Ansicht. Möglicherweise waren sie wegen der Kürze ihrer klinischen Tätigkeit mit den bestehenden Verhältnissen noch nicht vollends vertraut.

Ein Leitender Arzt formulierte es so:

"Bis zur Änderung des schwachsinnigen Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes waren es ja gerade die Privatstationen, die ein Krankenhaus finanziell mittragen halfen!"

Zur heute strittigen Frage eines langfristig kostendämpfenden Effektes der Präventivmedizin ergab sich folgendes Bild:

TABELLE 53

Zur Frage eines langfristig kostendämpfenden Effektes der Präventivmedizin auf die Ausgaben des Gesundheitsbereiches

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	92,0	71,9	66,7	75,4
nein	8,0	28,1	28,6	23,7
nicht beantwortet			4,7	0,9

Es sprachen sich insgesamt 75,4 % dazu positiv aus. Bei Leitenden/Oberärzten war der Anteil geringer als bei den jüngeren Kollegen.

Bei der Frage nach den finanziellen Aufwendungen für ein Bett auf der Intensivstation lag angesichts der hohen Kosten nahe, zu erkunden, ob deren Anzahl auch als ausreichend erachtet wird.

TABELLE 54

Zur ausreichenden Anzahl von Betten auf der Intensivstation des jeweiligen Krankenhauses [1)]

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ausreichend	65,0	63,6	72,2	65,6
zuviel		1,8		1,1
ungenügend	35,0	34,6	27,8	33,3

Möglicherweise kann hier der Einwand geltend gemacht werden, eine Frage dieser Art lasse sich nicht verallgemeinern und sei von den jeweiligen Umständen abhängig.

Trotz des Nachteils einer gewissen Verallgemeinerung lassen die Aussagen dennoch einen gewissen Grad der

1) Die Prozentangaben beziehen sich in diesem Fall nur auf die Zahl der Ärzte, an deren Krankenhaus eine Intensivstation vorhanden war!

Zufriedenheit (insgesamt 65,6 % und sogar 72,2 % der Leitenden/Oberärzte) mit den augenblicklichen Gegebenheiten erkennen.

Im Folgenden wurde um Stellungnahme gebeten zu einem Vorschlag, wie er bereits vor einigen Jahren sowohl an einem Kreis- wie auch an einem Zentralkrankenhaus durchgeführt worden war. Offensichtlich entsprach er nicht ganz den in ihn gesetzten Erwartungen; man kam inzwischen wieder davon ab.
Von Interesse ist es dennoch, wie Vorschläge dieser Art von ärztlicher Seite aufgefaßt werden.

TABELLE 55

Zur Frage, ob die Einnahme von Mahlzeiten in einem zentralen Speiseraum anstelle des "Sich-auf's-Zimmer-Servieren-lassen" für den Patienten [1] überhaupt zumutbar sei.

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	96,0	89,1	76,2	88,2
nein	4,0	10,9	23,8	11,8

1) Sofern es sein Gesundheitszustand überhaupt zuläßt!

Mit zunehmendem Alter verringern sich die Stimmen für eine derartige Zumutung. Ungeachtet dessen zeigen die Befragten eine überwiegend positive Einstellung (88,2 %).

Ob durch eine solche Maßnahme als Ziel eine Personal- und somit eine Lohnkostenreduzierung auch erreicht werden kann, bleibt fraglich.

TABELLE 56

Zu den Erfolgsaussichten einer möglichen Reduzierung von Personal- und somit von Lohnkosten mittels zentralem Speiseraum für gehfähige Patienten

	MA	VA	OA	Ä gesamt
	%	%	%	%
ja	60,0	65,6	38,1	59,1
nein	40,0	32,8	61,9	40,0
nicht beantwortet		1,6		0,9

So beurteilten 61,9 % der Leitenden/Oberärzte denn auch die Aussichten für diesen Vorschlag negativ. Erwiesen ist [1], daß erst bei einer Patientenbeteiligung von mehr als der Hälfte eine Kostensenkung eintreten kann.

1) laut Angabe des Bayer. Arbeits- und Sozialministeriums, November 1976

Neben Stellungnahme zu verschiedenen Vorschlägen war den Befragten ebenso Gelegenheit zu spontanen Äußerungen und Anregungen gegeben.

Um dem Rahmen dieser Befragung "Kostenbewußtsein im Krankenhaus" zu entsprechen, wurde um Anregungen gebeten, wie unter sinnvoller Miteinbeziehung des Patienten sich möglicherweise Kosten reduzieren lassen könnten.

Aus der Vielzahl der abgegebenen Vorschläge werden einige als Beispiele angeführt, um auch die unterschiedlichen Richtungen solcher Denkanstöße aufzuzeigen. Wie es allerdings um ihre Praktikabilität bestellt ist, ist ein anderer Aspekt, den es hier im einzelnen nicht näher zu untersuchen galt. Die Auflistung erfolgte ohne jegliche persönliche Wertung; sie gibt -ohne Prioritäten zu setzen- allein die Meinung der Befragten wieder.

- Aufklärung und Motivation des Patienten über vernünftige Lebensweise und kostenbewußtes Kranksein (Stichwort: "Gesundheitserziehung mit aktiver Mitarbeit" !)
- Alkohol- und Rauchverbot im Krankenhaus
- Einschränkung der z.T. "sinnlosen Kuren" bei nicht-kooperationswilligen Patienten
- Einschränkung bzw. Einstellung von z.T. "unsinniger Medikation" wie beispielsweise "Vitamin-Kuren"
- Reduzierung des Pflegeservice bei präoperativen und rekonvaleszenten Patienten

- o Zuweisung kleinerer Aufgaben auf der Station, soweit möglich
- o Selbstbeteiligung des Patienten mit Prämiengutschrift; erhöhte Kostenbeteiligung für (Teil-)verschuldete Krankenkosten, z.B. Unfälle nach zu reichlichem Alkohol-Genuß

An dieser Stelle sei nochmals kurz an den direkten Zusammenhang der Kostenentwicklung mit stationärer Aufenthaltsdauer erinnert. Auch zu diesem Thema wurden Verbesserungsvorschläge von ärztlicher Seite erbeten, wobei nahezu jeder der Befragten aufgrund seiner persönlichen Beobachtungen aus reichem Erfahrungsschatz schöpfen konnte.

- o qualitativ und quantitativ verbesserte Diagnostik und Nachsorge
- o Steigerung des Kostenbewußtseins sowohl bei Arzt wie auch bei Patient

- o Steigerung des Gesundheitsbewußtseins mittels verstärkter ambulanter Überwachung
- o Einführung von Managementprinzipien und Schulung der Ärzte in dieser Führungstechnik
- o Anhebung des Personalstandes zur Befreiung von der Flut ärztlicher Schreibarbeit, um "ein Mehr an Arbeit möglichst effektiv in kürzerer Zeit zu bewältigen"

- Vermehrung von Engpaßdiagnoseplätzen (z.B. Röntgen)
- keine weitere Verkürzung der Arbeitszeit im Gesundheitswesen
- Rationalisierung im Arbeitsablauf
- bessere Vergütung ambulanter und stationärer Leistung [1)]
- Intensivierung des "kanadischen Belegarztsystems"
- bessere Ausbildung des gesamten medizinischen Personals
- Verbesserung des fachärztlichen Angebots in unterversorgten Regionen

Besonders häufig wurden dabei erwähnt:

- Möglichkeit der Entlassung aus der Klinik auch am Wochenende
- Beseitigung des derzeit bestehenden Interessenkonfliktes zwischen Krankenhaus-Träger und Krankenkassen bezüglich der Verweildauer
- Abschaffung des starren Pauschal-Pflegesatzes zugunsten der externen Diagnostik und Operationsvorbereitung mit eindeutigen Unterlagen zur raschen Einsichtnahme unter Vermeidung von Doppel-Untersuchungen

---

1) verständlich unter dem Aspekt der "Theorie des Anspruchniveaus", vgl. dazu HERDER-DORNEICH,P. "Sozialökonomischer Grundriß ..." S. 206

- Trennung von Akut- und Nachsorgekrankenhaus mit geriatrischer Abteilung; Engerfassen der sozialen Indikation: "Krankenhäuser sind keine pflegeintensiven Altersheime!"

II. Die Erhebungen zum Kostenbewußtsein von Patienten

Vorbemerkung

In zufälligen und unverbindlichen Gesprächen mit Patienten mit Krankenschein in Wartezimmern niedergelassener Ärzte sowie in Krankenhäusern läßt sich sehr häufig die Beobachtung machen, daß die Vorstellungen über die mit der jeweiligen Behandlung verbundenen Kosten äußerst vage sind. Die Ursache für diesen geringen Grad der Information ist im Aufbau des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu suchen, bei dem nämlich Nachfrage, Inanspruchnahme der Leistung und Finanzierung voneinander funktionell getrennt sind, wogegen diese auf dem Markt für die Alltagsgüter zum Gebrauch oder Verbrauch zumeist in einer Person, dem Letztverbraucher vereint sind. Die Nachfrage wird also nicht von einem dieser Funktionsträger allein bestimmt, sondern der Beitrag jedes einzelnen Funktionsträgers im Rahmen seiner Kompetenz bestimmt die Gesamtnachfrage. Dies hat zur Folge, daß das in der GKV vorherrschende Sachleistungsprinzip bei Inanspruchnahme der medizinischen Leistung durch den Ausschluß einer direkten finanziellen Verpflichtung des Patienten einer Kostenkenntnis absolut entgegensteht.

"Ein Nachfrager kann die Produktion nur dann im Sinne der Konsumentensouveränität steuern, wenn er die Wirkung aller ihm angebotenen Leistungen .... kennt und fähig ist, sie in eine ordinale Nutzenfunktion einzuordnen." [1] Gerade diese Bedingung erfüllt aber der Patient als Nachfrager nicht, da er in der Regel Laie[2] auf medizinischem Gebiet sein wird. Es mangelt ihm an notwendiger Information und Kenntnis, um nach Überblicken des gesamten Angebotes auch noch entsprechend prüfen zu können. Die Informationsbeschaffung erweist sich häufig als sehr aufwendig. So sollen oft auch rein subjektive Gründe den Einzelnen abhalten, sich Kenntnis über Ereignisse im Gesundheitswesen zu verschaffen, ohne daß hierbei Kosten entstünden. [3]

Folglich vermag der Patient nicht den Bedarf an ärztlicher Leistung zu präzisieren, im ökonomischen Sinne kann er nämlich nur ein Bedürfnis äußern. Den persönlichen Nutzen der beanspruchten medizinischen Leistung voll zu erfassen, entzieht sich seiner Kenntnis als „Laie". Diese Gegebenheit ist der fehlenden Konsumentensouveränität mit der daraus resultierenden außergewöhnlichen Stellung des Arztes bei der Bestimmung der Nachfrage zuzuschreiben. Dabei verbleibt dem Patienten lediglich die freie Entscheidung der Initialnachfrage -

---

1) ENGLER, H.: "Planungsprobleme im Gesundheitswesen" Polygraphischer Verlag Zürich, 1970, S. 29

2) Vgl. FERBER, CH.v.: "Die Rolle des Arztes in der modernen Gesellschaft" in: "Der praktische Arzt" 8. Jg. 1971, Heft 11, S. 152

3) Vgl. ARROW, KENNETH J.: "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" in "The American Economic Review" 53 (1963) S. 951
zitiert nach ENGLER, H.: a.a.O. S. 30

nämlich den Arzt zu konsultieren. Nach Überantwortung all seiner weiteren Entscheidungen an die Kompetenz des Arztes ist es gerade wegen seiner fehlenden Kenntnis von Bedeutung, durch gezielte Befragung zu erfahren, welche zumindest ungefähren Vorstellungen hinsichtlich der finanziellen Größenordnungen entstandener Kosten zu einigen anschaulichen Beispielen aus dem stationären Bereich für den Patienten bestehen.

Von den befragten 271 Patienten waren 136 männlichen und 135 weiblichen Geschlechts, was einem Verhältnis von 50:50 entspricht. Sie waren in folgenden Krankenhäusern untergebracht.

	Anzahl	Prozent
Spezialkrankenhaus der LVA	130	48
Kreiskrankenhaus	50	18
Krankenhaus eines Ordens	40	15
Universitätskliniken	51	19

Die überwiegende Mehrzahl der befragten Patienten war in einer RVO-Krankenkasse Mitglied und nur eine Minderheit war privat gegen Krankheit versichert. Es ergibt sich nachstehende Aufschlüsselung.

	männliche P.		weibliche P.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine Ortskrankenk.	72	26,6	63	23,2
Ersatzkassen	32	11,8	44	16,2
Betriebskrankenkassen	14	5,2	7	2,6
private Krankenversicherung	18	6,6	21	7,7
	136		135	

1. Die Ergebnisse der Patientenbefragung über sozialökonomische Größenordnungen im Gesundheitswesen

Da aus der Sicht der Pflichtversicherten die Einziehung des Beitrages zur Krankenkasse zusammen mit der Lohnsteuer, dem Beitrag zur Rentenversicherung und anderen Beiträgen und Abgaben durch den Arbeitgeber kraft gesetzlicher Bestimmungen als parafiskalische Abgabe erfolgt, ist für den Nichtfachmann auf diesem Gebiet und bei oberflächlicher Betrachtung die relative Beitragshöhe bzw. -belastung nicht sofort erkennbar.

Gegenstand der ersten Frage, auf welcher Höhe sich derzeit der Beitragssatz, ausgedrückt in Prozent vom Bruttolohn als Grundlohn, befindet.

TABELLE 57

Augenblickliche Beitragshöhe zur"gesetzlichen Krankenversicherung", ausgedrückt in Prozent vom Bruttoeinkommen:

	AOK	ErsatzK	BetriebsK	Pat.ges.
	%	%	%	%
männlich				
a) höchstens 4 %	1,4	6,2	-	2,5
b) zwischen 4 und 8 %	15,3	15,6	14,3	15,3
c) richtig: zwischen 9 und 12 %	29,2	28,1	14,3	27,1
d) mehr als 12%	11,1	12,5	14,3	11,9
e) nicht gewußt	20,8	9,5	50,0	21,2
f) ohne eigenes Erwerbseinkommen 1)	22,2	28,1	7,1	22,0
weiblich				
zu a)	-	--	-	-
zu b)	9,5	2,3	-	6,1
zu c)(richtig)	17,5	34,1	-	22,8
zu d)	14,3	15,9	42,9	16,7
zu e)	39,7	31,8	57,1	37,7
zu f)	19,0	15,9	-	16,7

laut Angabe "Deutsches Ärzteblatt", Heft 13 S. 855, 1976

1) Unter der Rubrik "ohne eigenes Einkommen" wurden Schüler, Studenten, Rentner und Pensionisten sowie die Arbeitslosen subsumiert, jedoch nicht familienmitversicherte Hausfrauen!

Die im Augenblick zutreffende Antwortmöglichkeit lautet "9 bis 12 %", wobei deren relativ große Spanne daraus resultiert, daß sowohl zwischen den einzelnen Kassen untereinander als auch regional kleinere Unterschiede auftreten können.

Nur insgesamt 27,1 % der männlichen und 22,8 % der weiblichen Kassenpatienten haben die Frage richtig beantworten können: das Ergebnis hierzu ist also eine allgemeine Unkenntnis, wobei zum ungünstigeren Abschneiden der Frauen noch anzumerken ist, daß der überwiegende Teil als Hausfrau über den berufstätigen Ehegatten (familien-) mitversichert ist, ohne dem Beitragssatz zur Krankenversicherung weitere Beachtung zu schenken: Zur Entschuldigung dienten sinngemäß folgende Worte: "Um finanzielle Belange kümmert sich stets nur mein Mann!"

In Anbetracht des geringen Interesses an der Zusammensetzung finanzieller Belastungen, die das Einkommen des Einzelnen schmälern und somit ihn unmittelbar persönlich treffen, stellt sich die berechtigte Frage, ob überhaupt dann Vorstellungen zu Kosten, die durch seine Krankheit zwar verursacht wurden, von denen aber der Patient während seines ganzen Klinikaufenthaltes kaum etwas erfährt, existieren können.

Externe Kosten des Krankheitszustandes

Da die Krankheit als Primärursache für Produktionsausfall und deren Folgekosten ausschließlich im persönlichen Bereich des Einzelnen fußt,[1] wäre zumindest hier ein gewisser Bewußtseinsstand zu erwarten.

TABELLE 58

Geschätzter Wert des Produktionsausfalls für den Arbeitgeber, verursacht durch einen Tag Arbeitsunfähigkeit des jeweiligen Patienten:

	AOK	ErsatzK	BetriebsK	Privat	P.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Versuch einer Schätzung	29,2	12,5	28,6	22,2	24,3
b) nicht gewußt	47,2	59,4	64,3	61,1	53,7
c) ohne Verdienst	23,6	28,1	7,1	16,7	22,0
weiblich					
zu a)	15,9	4,5	28,6	-	10,4
zu b)	63,5	79,6	71,4	80,9	71,8
zu c)	20,6	15,9	-	19,1	17,8

1) Im Gegensatz zum Arzt! vgl. hierzu S. 72

Die meisten Patienten (53,7 % männlich; 71,8 % weiblich) unternahmen nicht einmal den Versuch einer Schätzung. Die Tatsache, daß Privat-Versicherte, die zumeist leitende Angestellte, Beamte oder Freiberufler waren, sich von diesem Resultat nicht positiv abheben, mag erstaunen. Vielfach war aber der Eindruck zu gewinnen, daß ein Privatpatient lieber ein Nicht-Wissen vorgab als Einsicht in seine beruflichen Verhältnisse zu gewähren.

So ist demnach auch ein ähnliches Ergebnis für die Kenntnis der mit einer Arbeitsunfähigkeit verbundenen Folgekosten zu erwarten.

TABELLE 59

Geschätzte Summe zu den aus einem Tag Arbeitsunfähigkeit resultierenden Folgekosten (wie z.B. Einstellen einer Aushilfskraft) für den Arbeitgeber:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Versuch einer Schätzung	9,7	6,2	7,1	5,6	8,1
b) kein weiterer Kostenanfall	20,8	18,8	14,3	38,9	22,1
c) nicht gewußt	45,9	46,9	71,5	38,8	47,7
d) ohne Verdienst	23,6	28,1	7,1	16,7	22,1
weiblich					
zu a)	9,5	18,2	28,6	14,3	14,1
zu b)	19,0	29,5	14,3	23,8	23,0
zu c)	50,9	36,4	57,1	42,9	45,1
zu d)	20,6	15,9	-	19,0	17,8

Das Ergebnis ist insofern etwas verzerrt, als mancher Patient den Versuch einer etwaigen Schätzung oder gar das offene Eingeständnis seiner Unwissenheit mit der Wahl der zweiten Antwortmöglichkeit umging. Wie zuvor, so konnte auch hier die Mehrheit (47,7 % männlich, 45,1 % weiblich) keine Angaben machen.

Aufgrund der aufgeführten Ergebnisse darf man dem Patienten mangelhafte Kostenkenntnis bezüglich externen, also nur in seinen Entscheidungsbereich fallenden Belangen aus dem Berufsleben attestieren.

Interne Kosten der Behandlung

Interne Kosten hingegen entziehen sich nahezu vollständig seiner Einflußnahme. Ohne Möglichkeit der Einflußnahme aber wird das Interesse und somit auch das Wissen um ihre ungefähre Größe gering sein.

Analog zur Ärztebefragung wurde wiederum die Frage nach der augenblicklichen Höhe des Pflegesatzes gestellt.

TABELLE 60

Kenntnis der augenblicklichen Höhe des Pflegesatzes:[1)]

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) darunter	11,1	18,8	35,7	61,1	22,1
b) richtig	36,1	46,9	28,6	22,2	36,0
c) darüber	40,3	28,1	35,7	5,6	32,4
d) nicht gewußt	12,5	6,2	-	11,1	9,5
weiblich					
zu a)	22,2	25,0	14,3	38,1	25,2
zu b)	31,7	29,5	42,9	42,9	33,3
zu c)	25,4	34,1	28,6	4,8	25,2
zu d)	20,7	11,4	14,2	14,2	16,3

Die Gesamtquote der richtigen Antworten lag bei etwa einem Drittel. Mit 42,9 % heben sich die weiblichen Privatversicherten sowohl vom Gesamtdurchschnitt wie auch von den männlichen befragten Privatversicherten positiv ab. Da gerade zuvor von einer größeren männlichen Aufgeschlossenheit finanziellen Belangen gegenüber ausgegangen wurde, sind ihre vergleichsweise be-

1) Die Auswertung berücksichtigt die unterschiedlichen Pflegesatzbeträge, die sich aus allgemeiner und privater Pflegeklasse wie auch durch die verschiedenen Krankenhäuser ergab.

scheidenen 22,2 % an richtiger Kenntnis nur mit dem Vorliegen eines statistischen Randwertes zu erklären - zumal für die Aufnahme in eine Privatstation oder in die spezielle Pflegeklasse in der Regel eine sofortige finanzielle Vorleistung in Höhe von mehreren Pflegetagen erforderlich ist.

An den Pflegesatz anknüpfend, wurde indirekt der Informationsgrad zur jüngeren gesundheitspolitischen Gesetzgebung mit der Frage geprüft, ob der Pflegesatz öffentlicher Krankenanstalten stets kostendeckend kalkuliert wird.
Wie bereits erwähnt, sehen Krankenhaus-Finanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung keinerlei Subventionen zu laufenden Betriebskosten mehr vor. Der Pflegesatz muß zwangsläufig vollständig kostendeckend kalkuliert sein.

TABELLE 61

Kalkulation des Pflegesatzes:

Ist im Hinblick auf die laufenden Betriebskosten der Pflegesatz eines öffentlichen Krankenhauses kostendeckend kalkuliert? Oder sind eventuell noch staatliche Zuschüsse notwendig?

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja (richtig)	41,7	34,4	35,7	38,9	39,0
b) nein	29,2	40,6	28,6	33,3	32,4
c) nicht gewußt	29,1	25,0	35,7	27,8	28,6
weiblich					
zu a) (richtig)	30,2	36,4	28,6	23,8	31,1
zu b)	31,7	43,2	57,1	47,6	39,3
zu c)	38,1	20,4	14,3	28,6	29,6

Als Ergebnis zeigten sich die männlichen Befragten im Durchschnitt (39,0 %) hinsichtlich dieser sehr speziellen Frage besser informiert als die befragten Frauen (31,1 %).

Zur Kompensation steigender Krankenhauskosten bieten sich als Ausweg zwei Alternativen an: entweder weitere Anhebung des Pflegesatzes, was aber auf sozialpolitische Bedenken stoßen kann, oder Kostensenkung bzw. -dämpfung durch Rationalisierungsmaßnahmen.

Aus der Sicht des Patienten wird letztere Möglichkeit so beurteilt:

TABELLE 62

Beurteilung einer eventuell möglichen Senkung des Pflegesatzes mittels Rationalisierungsmaßnahmen:

	AOK	ErsatzK	Betr.K	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja	29,2	40,6	28,6	66,7	36,8
b) nein	38,9	28,1	42,9	22,2	34,6
c) nicht gewußt	31,9	31,3	28,5	11,1	28,6
weiblich					
zu a)	27,0	36,4	28,6	38,1	31,9
zu b)	33,3	43,2	42,9	38,1	37,8
zu c)	39,7	20,4	28,5	23,8	30,3

Für diese Möglichkeit sahen insgesamt 36,8 % der männlichen Patienten die Voraussetzungen gegeben, wobei der Privatpatient mit 66,7 % den Schnitt deutlich anhob. Die Mehrheit der Frauen (37,8 %) hingegen urteilte konträr.

Im Fall einer Bejahung sollte diese Auffassung anhand einer vorgegebenen Auswahl von Möglichkeiten konkretisiert werden.

TABELLE 63

Bereiche innerhalb eines Krankenhauses, auf dem sich zur Senkung des Pflegesatzes Einsparungen erzielen lassen könnten:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Pflegepersonal	26,5	31,3	-	16,7	22,9
b) Verpflegung des Patienten	5,9	6,3	12,5	-	5,7
c) Verwaltung	29,4	43,7	37,5	66,7	40,0
d) Arzt-Honorar	29,4	-	50,0	8,3	21,4
e) Heilmittel	8,8	18,7	-	8,3	10,0
weiblich					
zu a)	13,2	4,3	-	7,7	9,1
zu b)	23,7	21,7	-	15,4	20,8
zu c)	50,0	43,5	100,0	38,5	48,1
zu d)	10,5	13,0	-	30,8	14,3
zu e)	2,6	17,5	-	7,6	7,7

Die Prozentangaben dieser Tabelle beziehen sich nur auf die Zahl derjenigen Patienten, welche die vorangegangene Frage bejaht haben.

Analog zur Befragung der Ärzte wurde nochmals die Frage nach dem krankenhausinternen Sachbereich mit dem größten Kostenvolumen gestellt.

TABELLE 64

Sachbereich eines Krankenhauses mit dem größten Kostenvolumen:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Röntgen	23,6	15,6	21,4	5,6	19,1
b) Labor	16,7	25,0	-	-	14,7
c) Küche	4,2	12,5	28,6	11,1	9,6
d) hauseigene Apotheke	19,4	15,6	14,3	11,1	16,9
e) Verwaltung	15,3	21,9	14,3	55,6	22,1
f) nicht gewußt	20,8	9,4	21,4	16,6	17,6
weiblich					
zu a)	23,8	13,6	28,6	23,8	20,7
zu b)	15,9	25,0	28,6	19,0	20,0
zu c)	14,3	6,8	14,3	4,8	10,4
zu d)	9,5	6,8	-	4,8	7,4
zu e)	17,5	20,4	14,3	28,6	20,0
zu f)	19,0	27,4	14,2	19,0	21,5

Wie bereits erwähnt [1], ist für die Auswertung zusätzlich die unterschiedliche Struktur der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Je nach Ausstattung und Nutzungsgrad wird einmal der Röntgen- den Laborbereich im Kostenanfall übertreffen; an einem Krankenhaus mit anderer Struktur kann sich gerade das umgekehrte Verhältnis ergeben. Andererseits sind in einem Haus mit überwiegend während eines langen Zeitraumes liegenden Patienten - wie z.B. in einer pneumologischen Spezialklinik - hohe Aufwendungen für Medikamente zu kalkulieren.

Im Ergebnis präsentiert sich ein vielfältiges Bild ohne eindeutige Dominanz einer der als Antwortmöglichkeit aufgeführten Bereiche. Irrtümlicherweise wurde auch hier wieder der Verwaltung ein bedeutender Stellenwert zuerkannt. So wird sie sogar dem Röntgenbereich gleichgestellt.

Vom Dienstleistungsaufwand für die Betreuung her betrachtet, ist ein Krankenhausbett mit einem Hotelbett in etwa vergleichbar. Gefragt war deshalb nach den laufenden Kosten pro Tag für "Vollpension" ohne ärztliche Versorgung und Medikamente, jedoch mit den Kosten für das Pflegepersonal.

---

1) vgl. hierzu S. 86

TABELLE 65

Laufende Kosten je Tag für ein Krankenhausbett (incl. Personalkosten und Verpflegung, jedoch ohne ärztliche Versorgung und Medikamente):

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 25	11,1	12,4	14,3	11,1	11,8
b) DM 26 - 50	50,0	43,8	85,7	44,4	51,5
c) richtig:mehr als DM 50	30,6	43,8	-	38,8	31,6
d) nicht gewußt	8,3	-	-	5,7	5,1
weiblich					
a)	7,9	2,3	42,9	9,5	8,1
b)	44,4	45,5	42,9	19,0	40,7
c) (richtig)	30,2	45,5	-	52,4	37,0
d)	17,5	6,7	14,2	19,1	14,2

laut Auskunft der Kliniken-Gesellschaft mbH, München 1976

Von der Kalkulation des Hotelpreises ausgehend (incl. Baukosten, Abschreibung und Verzinsung) beläuft sich der"Vollpensionspreis" im Krankenhaus auf mehr als DM 51.--. Dies verkannte die Mehrzahl (51,5 % bzw. 40,7 %) mit Ausnahme der weiblichen Privatpatienten, als sie sich für die darunter liegende Abstufung entschied.

TABELLE 66

Kosten für tägliche Verpflegung (incl. Kosten für Nahrungsmittel, Essenszubereitung, Servieren und Abräumen sowie Abfallbeseitigung):

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 9	5,6	-	14,3	5,6	5,1
b) DM 10 - 20 (richtig)	44,4	28,1	42,9	27,8	38,2
c) mehr als DM 20	41,7	65,6	35,7	50,0	47,8
d) nicht gewußt	8,3	6,3	7,1	16,6	8,9
weiblich					
zu a)	11,1	-	-	-	5,2
zu b)(richtig)	34,9	40,9	42,9	23,8	35,6
zu c)	41,3	52,3	28,6	61,9	47,4
zu d)	12,7	6,8	28,5	14,3	11,8

laut Auskunft der Kliniken-Gesellschaft mbH, München, 1976

Die Kosten hierfür hingegen wurden von der Mehrheit mit mehr als DM 21.-- eine Stufe zu hoch angesetzt.

Analog zur Ärztebefragung wurden auch den Patienten einige Fragen zu Sach- und Personalkosten vorgelegt. Um eine ausreichende Anschaulichkeit zu erreichen, wurden solche Beispiele herangezogen, die sie während ihres stationären Aufenthaltes zumeist bereits kennenlernen konnten.

TABELLE 67

Filmmaterialkosten (ausschließlich!) einer Thorax-Übersichtsaufnahme:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) weniger als DM 9 (richtig)	2,8	-	-	-	1,5
b) DM 10 - 19	16,7	21,8	14,2	33,3	19,9
c) mehr als DM 40	23,6	34,4	42,9	22,2	27,9
d) DM 20 - 39	25,0	25,0	28,6	27,8	25,7
e) nicht gewußt	31,9	18,8	14,3	16,7	25,0
weiblich					
zu a)(richtig)	4,8	4,5	-	9,5	5,2
zu b)	14,3	15,9	-	-	11,9
zu c)	33,3	20,4	14,3	33,3	28,1
zu d)	25,4	31,8	71,4	23,8	29,6
zu e)	22,2	27,4	14,3	33,4	25,2

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

Bei allen Befragten ist eine eindeutige Überbewertung zu verzeichnen. Obwohl die Fragestellung ausdrücklich nur die reinen Materialkosten betraf, wurde die richtige Lösung von weniger als DM 9.- von den wenigsten erkannt. Möglicherweise hatten die übrigen hierbei ihren Blick wohl mehr auf die Gesamtkosten gerichtet.

TABELLE 68

Anschaffungskosten (durchschnittlicher Wert) eines Röntgenapparates:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) weniger als DM 50.000	-	-	-	-	-
b) 50-199.000DM	12,5	18,8	42,9	5,6	16,2
c) 200-499.000 DM (richtig)	51,4	50,0	21,4	50,0	47,8
d) mehr als DM 500.000	8,3	15,6	7,1	33,3	13,2
e) nicht gewußt	27,8	15,6	28,6	11,1	22,8
weiblich					
zu a)	1,6	9,1	-	-	3,7
zu b)	12,7	20,4	-	19,0	15,6
zu c)	46,0	38,6	71,4	28,6	42,2
zu d)	11,1	4,5	-	23,8	10,4
zu e)	28,6	27,4	28,6	28,6	28,1

lt. Auskunft eines mit den Preisen vertrauten Sachverständigen (Preisniveau November 1976)

Während für kleine, aber ständig wiederkehrende Kosten - wie soeben gezeigt - eine deutliche Überbewertung erfolgte, wurden solch hohe Investitionssummen in der Größenordnung von DM 200.000 bis 500.000 scheinbar ohne allzu große Schwierigkeiten von der Mehrzahl (47,8 % männlich bzw. 42,2 % weiblich) richtig eingestuft. Möglicherweise wirkte gerade hier die Breite der Spannweite, durch das "multiple choice"-Verfahren bedingt, unterstützend.

TABELLE 69

Einkaufspreis einer kleinen Rolle Leukoplast:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 0,50	12,5	15,6	7,1	5,6	11,8
b) zw. 0,50 und 1.-(richtig)	31,9	37,5	14,3	61,1	35,3
c) zw. 1.- und 2.-(richtig)	30,6	25,0	64,3	33,3	33,1
d) mehr als 2.-	15,3	3,1	14,1	-	10,3
e) nicht gewußt	9,7	18,8	-	-	9,5
weiblich					
zu a)	9,5	11,4	-	14,2	10,4
zu b)	28,6	27,3	28,6	9,6	25,2
zu c)	39,7	47,7	42,9	61,9	45,9
zu d)	9,5	6,8	-	4,8	7,4
zu e)	12,7	6,8	28,5	9,5	11,1

Ebenso wie bei der Frage zuvor wurde mit Absicht auf eine zu genaue Fragestellung (wie z.B. Rollenbreite und Länge) verzichtet. Denn wesentlich für die gesamte Erhebung ist ja nur das Erkennen der ungefähren Größenordnungen.
So kann der Betrag von DM -,51 bis DM 2.- als zutreffend gewertet werden, worauf mehr als zwei Drittel der Schätzungen entfielen.

TABELLE 70

Kenntnis des Namens des verabreichten Medikaments:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Name gewußt	23,6	12,5	28,6	50,0	25,0
b) nicht gewußt	70,8	81,2	71,4	44,4	69,9
c) Frage entfällt, da nicht verordnet	5,6	6,3	-	5,6	5,1
weiblich					
zu a)	34,9	22,7	14,3	47,6	31,9
zu b)	63,5	75,0	85,7	47,6	65,9
zu c)	1,6	2,3	-	4,8	2,2

Auch hier wieder beträgt die häufigste Antwortquote zwei Drittel, diesmal jedoch auf eine manifeste Unkenntnis bezogen. Zwar ist zu berücksichtigen, daß die Verabreichung in unbeschrifteten, neutralen Gefäßen erfolgt, so ist man dennoch versucht, auf ein gewisses Maß an Interesselosigkeit bei Kassenpatienten zu schließen: denn etwa die Hälfte der Privatpatienten kannte den Namen des verabreichten Präparates.

Wenn bereits der Medikamentenname größtenteils unbekannt war, so liegt die Annahme nahe, daß hierzu eine Kostenkenntnis ebensowenig vorhanden sein kann.

TABELLE 71

Geschätzter Preis des verabreichten Medikaments pro 100 Stück:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	P.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) weniger als DM 50	11,1	18,8	21,4	22,2	15,4
b) zwischen 50 - 99 DM	13,9	9,4	21,4	22,2	14,7
c) zwischen 100 - 199 DM	16,7	9,4	14,3	33,3	16,9
d) DM 200 und mehr	16,7	12,5	21,4	11,1	15,4
e) nicht gewußt	38,9	43,8	21,5	5,6	33,8
f) entfällt	2,7	6,1	-	5,6	3,8

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
weiblich					
a) weniger als DM 50	22,2	20,4	42,9	9,5	20,7
b) zwischen 50 - 99 DM	19,0	13,6	-	28,6	17,8
c) zwischen 100-199 DM	12,7	6,8	-	14,3	10,4
d) DM 200 und mehr	9,5	2,3	42,9	4,8	8,1
e) nicht gewußt	33,3	56,9	14,2	33,3	40,0
f) entfällt	3,3			9,5	3,0

33,8 % der männlichen und 40,0 % der weiblichen Patienten konnten keine Angabe machen. Da die übrigen Angaben mangels Kenntnis der pharmazeutischen Namen nicht überprüfbar sind, ist die Aussagekraft der innerhalb vorgegebener Preiskategorien abgegebenen Schätzungen äußerst gering.

Zeiten der alljährlich sich festsetzenden tariflichen Lohn- und Gehaltserhöhungen lassen erwarten, daß Fragen zur Personalbesoldung in einer Klinik dem Patienten eher geläufig sein könnten, zumal ein Vergleich zur eigenen Person jedem Einzelnen möglich ist.

Bruttostundenverdienst (inclusive Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung, Krankenkasse etc) einer(s) Krankenschwester, Medizinisch-Technische Assistentin und Assistenzarzt:

TABELLE 72

Krankenschwester (voll ausgebildet)

Die richtige Antwort liegt im Bereich von DM 13 - 16. Da die vorgegebenen Spannen nicht vollständig mit dem möglichen Variationsbereich übereinstimmen, wurde der Auswertung die Größe $\leqslant$ DM 15 als zutreffend zugrunde gelegt.

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 15	31,9	28,1	28,6	38,9	31,6
b) DM 16 - 20	27,8	37,5	35,7	16,7	29,4
c) DM 21 - 25	11,1	18,8	14,3	27,8	15,4
d) DM 26 - 30	11,1	9,4	-	-	8,1
e) nicht mehr als DM 30	2,8	-	-	-	1,5
f) nicht gewußt	15,3	6,2	21,4	16,6	14,0
weiblich					
zu a)	9,5	18,2	14,3	33,3	16,3
zu b)	46,0	38,6	28,6	28,6	40,0
zu c)	19,0	18,2	14,3	14,3	17,8
zu d)	4,8	15,9	14,3	4,8	8,9
zu e)	1,6	-	-	-	0,7
zu f)	19,1	9,1	28,5	19,0	16,3

laut Angabe des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München, März 1977

TABELLE 73

Medizinisch-Technische Assistentin (MTA)

Die richtige Antwort liegt im Bereich von DM 14 - 18; der Auswertung wurde die Rubrik DM 16 - 20 als zutreffend zugrunde gelegt.

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 15	23,6	34,4	14,3	44,4	27,9
b) DM 16 - 20	41,7	37,5	50,0	27,8	39,7
c) DM 21 - 25	12,5	18,8	21,4	11,1	14,7
d) mehr als DM 25	6,9	6,2	-	-	5,1
e) nicht gewußt	15,3	3,1	14,3	16,7	12,6
weiblich					
zu a)	17,5	36,4	28,6	47,6	28,9
zu b)	28,6	22,7	57,1	14,3	25,9
zu c)	28,6	27,3	-	9,5	23,7
zu d)	28,6	27,3	-	4,8	7,4
zu e)	17,4	4,5	14,3	23,8	14,1

laut Angabe des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München, März 1977

TABELLE 74

Assistenzarzt (Besoldungsgruppe IIa BAT)

Die richtige Antwort liegt im Bereich von DM 21 - 27; der Auswertung wurde die Rubrik DM 21 - 25 als zutreffend zugrundegelegt.

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) höchstens DM 15	1,4	-	-	-	0,7
b) DM 16 - 20	8,3	12,5	14,3	22,2	11,8
c) DM 21 - 25	13,9	34,4	28,6	27,8	22,0
d) DM 26 - 30	31,9	9,4	35,7	16,7	25,0
e) mehr als 30.-	27,8	37,5	7,1	16,7	26,5
f) nicht gewußt	16,7	6,2	14,3	16,6	14,0
weiblich					
zu a)	3,2	-	-	-	1,5
zu b)	1,6	4,5	14,3	4,8	3,7
zu c)	15,9	40,9	14,3	28,6	25,9
zu d)	33,3	13,6	28,6	28,6	25,9
zu e)	22,2	29,6	14,2	19,0	23,7
zu f)	23,8	11,4	28,6	19,0	19,3

laut Angabe des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung München, März 1977

Die Gesamtbetrachtung ergibt eine finanzielle Überbewertung der Arbeitsstunde sowohl einer Krankenschwester wie auch eines Assistenzarztes.
Männliche Patienten (39,7 %) vermochten von allen drei Beispielen am besten die Bezahlung der Medizinisch-Technischen Assistentin richtig einzuschätzen.

Wie bei den Ärzten, so wurde auch bei den Patienten die Frage nach dem Verhältnis der beiden Hauptkostenarten zueinander gestellt.

TABELLE 75

Verhältnis der Sach- und Personalkosten zueinander:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) 50:50	20,8	21,9	14,3	22,2	20,6
b) 33:66(richtig)[1]	38,9	56,2	35,7	66,7	46,3
c) 80:20	18,1	6,2	14,3	5,6	13,2
d) nicht gewußt	22,2	15,7	35,7	5,5	19,9
weiblich					
zu a)	28,6	13,6	42,9	28,6	24,4
zu b)	27,0	63,6	42,9	38,1	41,5
zu c)	9,5	4,5	14,2	4,8	7,4
zu d)	34,9	18,3	-	28,5	26,7

1) nach Angabe der Bundesärztekammer in: "Deutsches Ärzteblatt", Heft 19, S. 1311: Anteil der Personalkosten insgesamt sogar bereits 71,4 % gegenüber 28,6 % Sachkosten.

Immerhin erkannte die Mehrheit (46,3 % männlich; 41,5 % weiblich) die richtige Relation. Als mögliche Erklärung mag wiederum die mit dem "multiple-choice"-Antwort-System verbundene Erleichterung (Ausschluß anderer Alternativantworten) dienen.

Erwähnung sollen auch die weit überdurchschnittlichen 66,7 % richtigen Antworten (nur) der männlichen Privatversicherten finden.

2. Persönliche Ansichten der befragten Patienten zur gewährten Versorgung im Krankenhaus

Nach Erfragen ungefährer Vorstellungen zu Kosten, die mit einem stationären Aufenthalt zwangsläufig verbunden sind, befaßt sich nachfolgender Fragenkreis mit rein persönlich geäußerten, im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung und Leistungen der Krankenversicherungen stehenden Ansichten.

In seiner augenblicklichen Lage als Patient sieht der Versicherte aus dieser Perspektive die ihm gebotene medizinische Versorgung wie folgt:

TABELLE 76

Zufriedenheit des Patienten mit der ihm gebotenen medizinischen Versorgung:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja	78,8	90,6	71,4	88,9	77,9
b) ja mit Einschränkung	22,2	9,4	28,6	11,1	18,5
c) nein, auf keinen Fall	1,4	-	-	-	0,7
d) keine Stellungnahme	5,6				2,9
weiblich					
zu a)	82,5	77,3	85,7	71,4	79,3
zu b)	12,7	11,4	14,3	23,8	14,1
zu c)	1,6	4,5	-	-	2,2
zu d)	3,2	6,8	-	4,8	4,4

Nur ein verschwindend geringer Prozentsatz (0,7 % männlich, bzw. 2,2 % weiblich) zeigte sich unzufrieden.
Um so überzeugender fällt das positive Ergebnis aus, wobei auch eine Differenzierung entsprechend den verschiedenen Kassen oder nach Geschlecht keine allzu großen Unterschiede bedingt.

Das Ergebnis der nächsten Frage sollte auch in Zusammenhang mit der soeben geäußerten Zufriedenheit der medizinischen Versorgung gesehen werden, denn erfahrungsgemäß schwindet die finanzielle Ausgabenbereitschaft in dem Maße wie der Grad der Zufriedenheit mit der entsprechenden Situation zunimmt.

TABELLE 77

Bereitschaft des Patienten, für eine noch bessere medizinische Versorgung als derzeit, einen zusätzlichen Geldbetrag aufwenden zu wollen:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja	22,2	31,2	35,7	50,0	29,4
b) nein	62,5	53,1	50,0	38,9	55,9
c) keine Stellungnahme	15,3	15,7	14,3	11,1	14,7
weiblich					
zu a)	20,6	20,4	14,3	38,1	23,0
zu b)	58,7	52,3	57,1	47,6	54,8
zu c)	20,7	27,4	28,6	14,3	22,2

Die Mehrzahl (55,9 % männlich bzw. 54,8 % weiblich) lehnte eine solche Bereitwilligkeit ab. Privatversicherte ließen eine wesentlich positivere Einstellung (50 % bzw. 38,1 %) erkennen.

Dem augenblicklichen Versicherungssystem der GKV entsprechend wird jedem Patienten die ihm gebotene Leistung über das Umlageverfahren durch die große Gemeinschaft der Versicherten finanziert. Daraus entsteht

eine Konfliktsituation, in der das Interesse des jeweiligen Patienten nach optimaler und zwangsläufig kostenintensiver Behandlung mit den Bemühungen der übrigen Versicherten um möglichst niedrige Beitragssätze kollidiert.

Unter diesem Aspekt gesehen, ist es von Interesse, einmal zu erfahren, wie der Versicherte als Patient über die derzeitige Höhe seines Beitragssatzes zur Krankenversicherung urteilt.

TABELLE 78

Beurteilung der augenblicklichen Beitragshöhe zur Krankenversicherung:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Privat	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) entfällt, da ohne Verdienst	9,7	3,1	-	-	5,9
b) zu hoch	16,6	9,4	-	5,6	11,8
c) zu niedrig	-	6,2	7,1	-	2,2
d) gerade richtig bemessen	61,1	75,0	78,6	66,7	66,9
e) keine Stellungnahme	12,6	6,3	14,3	27,7	13,2
weiblich					
zu a)	6,4	6,9	-	-	5,2
zu b)	22,2	18,2	14,3	19,0	20,0
zu c)	4,8	4,5	14,3	4,8	5,2
zu d)	47,6	56,8	42,9	61,9	52,6
zu e)	19,0	13,6	28,5	14,3	17,0

Als zu "niedrig" betrachteten sie erwartungsgemäß nur wenige (2,2 % bzw. 5,2 %), für das Gegenteil entschieden sich bereits 11,8 % bzw. 20,0 %. Die Mehrzahl von 66,9 % (männlich) und 55,6 % (weiblich) empfand die derzeitige Höhe als "richtig bemessen".

Im Interessenskonflikt "Versicherter versus Patient" bewirkt die Beitragsfestsetzung nach dem Umlageverfahren, daß ökonomische Restriktionen fehlen. Solidarisches Verhalten durch persönliches Einschränken ist daher kaum zu erwarten. Der Patient verhält sich also rational, wenn er die Versicherungsleistungen uneingeschränkt in Anspruch nimmt. [1)]

Wie beurteilt dabei der Patient sein eigenes Verhalten?

TABELLE 79

Kostenbewußtes Verhalten des Patienten
(wie z.B. unnötiger Ruf nach Hausbesuch des Arztes):

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) nein	9,7	3,1	14,3	27,8	11,0
b) ja immer	83,4	90,6	85,7	72,2	83,8
c) keine Stellungnahme	6,9	6,3	-	-	5,2

1) vgl. REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ..." S. 38

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
weiblich					
a) nein	19,0	9,1	28,6	4,8	14,0
b) ja immer	73,0	88,6	57,1	95,2	80,8
c) keine Stellungnahme	8,0	2,3	14,3	-	5,2

Die wünschenswerte, aber leider nur sich selbst bescheinigte, kostenbewußte Verhaltensweise von über 80 % der befragten Patienten verliert gänzlich ihre ohnehin geringe Aussagekraft durch das Ergebnis zur nachfolgenden Frage.

Ein wesentlicher, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bestimmender Faktor ist der sogenannte "Mitläufereffekt". [1] Im Gespräch mit dem Nachbarn, dem Bekannten oder Freund wird sein Ausmaß vor allem von der Kenntnis zur Nachfrage der anderen bestimmt: "Wenn schon andere in den Genuß von - in den Augen des Konsumenten - kostenlosen Gesundheitsgütern kommen, warum nicht auch ich ?!" Wachsende Nachfrage nach gewissen, stets beliebten Leistungen ist die Folge dieser Haltung. "Das Massenphänomen Kur" [2] oder Vorsorge-

1) LEIBENSTEIN, H.: "Mitläufer-, Snob- und Vebleneffekte in der Theorie der Konsumentennachfrage" in STREIßLER, E. und STREIßLER, M. (Hrsg); Konsum und Nachfrage, S. 236; zitiert nach: REBSCHER, H.: "Ökonomische Analyse ..." S. 105

2) BLOHMKE, M.: "Wie ändern sich Inanspruchnahme und Bedarf an ärztlichen Leistungen durch die Patienten bei steigendem Angebot" in: "Allgemeinmedizin international", 4/1976

untersuchungen als "Statussymbol der Mittelschicht"[1] seien als Beispiele genannt.

Entscheidend für diesen konformistischen Effekt ist das Fehlen ökonomischer Restriktionen, wodurch es dem Einzelnen erleichtert wird, im Zweifelsfalle ein Zuviel auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft von der Kasse zu fordern.

TABELLE 80

Ansichten der Patienten zur Frage, ob man als Äquivalent zu den hohen Beitragszahlungen dafür die Krankenkasse ruhig einmal zuviel als einmal zu wenig in Anspruch nehmen darf?

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich	16,7	9,4	-	11,1	12,5
a) jawohl					
b) unentschloss.	50,0	34,4	35,7	33,3	42,6
c) auf keinen Fall	33,3	56,2	64,3	55,6	44,9
weiblich					
zu a)	20,6	25,0	57,1	14,3	23,0
zu b)	31,7	29,5	14,3	28,6	29,6
zu c)	47,7	45,5	28,6	57,1	47,4

1) Illich, I. : "Die Enteignung der Gesundheit" S. 49 , zitiert nach Rebscher, H. : "Ökonom. Analyse" S. 107

So verringerte sich die Zahl der "kostenbewußten" Patienten (Tabelle 79) um etwa die Hälfte auf 44,9 % (männlich) bzw. 47,4 % (weiblich). Verunsicherung zeigten immerhin 42,6 % der Männer und 29,6 % der Frauen. Mit einem klaren "JA!" tat auch eine Minderheit von 12,5 = bzw. 23,0 % ihre - wenngleich nicht allzu gern gesehene - Meinung kund.

Für eine solche Annahme spricht auch das ähnliche Ergebnis (53,7 % männlich, 60,0 % weiblich) zur Definition des Wortes "Kostenbewußtsein".

TABELLE 81

Definition des Wortes "Kostenbewußtsein":

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Begriff a.d. betriebswirtschaftl.Fachsprache, nur f.Spezialisten gedacht	8,3	9,4	-	22,2	9,6
b) Nur ein häufig gebrauchtes Schlagwort	6,9	9,4	7,1	-	6,6
c) richtig: bei Inanspruchnahme einer Leistung kennt der Einzelne Art und Höhe der damit verbundenen Kosten	44,4	59,4	64,3	72,2	53,7
d) nicht gewußt	40,4	21,8	28,6	5,6	30,1

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
weiblich					
a) Begriff a.d. betriebswirtschaftl.Fachsprache, nur für Spezialisten gedacht	7,9	4,5	-	4,8	5,9
b) Nur ein häufig gebrauchtes Schlagwort	14,3	9,1	-	-	9,6
c) richtig: bei Inanspruchnahme einer Leistung kennt der Einzelne Art und Höhe der damit verbundenen Kosten	46,0	75,0	28,6	81,0	60,0
c) nicht gewußt	31,8	11,4	71,4	14,2	24,5

Durch überdurchschnittliche Kenntnis der Privatpatienten erfuhr das Gesamtergebnis eine deutliche Aufwertung.

Alle Kosten, die durch die Initialnachfrage des Kassenpatienten nach medizinischer Leistung entstanden, werden bekanntlich über den Kranken- bzw. Überweisungsschein als sogenanntes "Wertpapier" [1] unter finanzieller Ausschaltung des Patienten verrechnet. Eine

1) HERDER-DORNEICH, P.: "Die Kostenexpansion ..." S. 99

Kostentransparenz für den Patienten entfällt. Fraglich ist, ob eine zukünftige Aufklärung bezüglich entstandener Kosten eine Änderung der Verhaltensweise des Konsumenten bewirken könnte.

TABELLE 82

Änderung der eigenen Verbrauchergewohnheit bei grösserer Kenntnis der mit Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbundenen Kosten:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja	29,2	53,1	50,0	16,7	35,3
b) nein	70,8	46,9	50,0	83,3	64,7
weiblich					
a) ja	30,2	18,2	57,1	14,3	25,2
b) nein	69,8	81,8	42,9	85,7	74,8

Einem Vorschlag dieser Art dürften wohl nur geringe Erfolgsaussichten beschieden sein, denn die Mehrheit (64,7 % männlich, 74,8 % weiblich) würde ihre jetzige Verhaltensweise beibehalten.

Obgleich der Einzelne sich nicht allzu sehr angesprochen fühlt, so könnte sich vielleicht ein anderes Resultat ergeben, wenn er dazu die Einstellung anderer beurteilen soll.

TABELLE 83

Beurteilung der Erfolgsaussicht, ob eine bessere Aufklärung über entstandene Krankenkosten zumindest andere Patienten zu einer sparsameren Einstellung veranlassen würde:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
ja	52,8	59,4	78,6	61,1	58,1
nein	20,8	40,6	7,1	33,3	25,7
keine Meinung	26,4	-	14,3	5,6	16,2
weiblich					
ja	55,6	52,3	42,9	33,3	50,4
nein	23,8	34,1	42,8	57,2	33,3
keine Meinung	20,6	13,6	14,3	9,5	16,3

Das Ergebnis von 58,1 % (männlich) und 50,4 % (weiblich) hebt sich zum vorherigen zwar positiv ab, dennoch bleibt seine Aussagekraft gering, obgleich ein zukünftiger Erfolg in dieser Richtung wohl kaum ohne die Bereitschaft des Einzelnen erzielt werden kann.

Wie bereits erwähnt, ist mit der Einrichtung eines zentralen Speiseraumes anstelle des individuellen Servierens der Mahlzeiten an jedes Krankenbett eine Kostenersparnis nicht erwiesen. Dennoch sei dieser Vorschlag als Indikator für die Bereitwilligkeit des Patienten zu Vorschlägen gedacht, die seine persönliche Aktivität erfordern.

TABELLE 84

Bereitschaft des Patienten[1] zur Annahme des Vorschlages: "Einnahme der Mahlzeiten" in einem zentralen Speiseraum anstelle des "sich-Servieren-lassens-auf-dem Zimmer":

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
ja	76,4	90,6	78,6	72,2	79,4
nein	23,6	9,4	21,4	27,8	20,6
weiblich					
ja	80,9	63,6	57,1	57,1	70,4
nein	19,1	36,4	42,9	42,9	29,6

Die Mehrheit (78,4 % bzw. 70,4 %) würde eine solche Maßnahme begrüßen, wobei rein subjektive Überlegungen

1) Sofern es sein Gesundheitszustand überhaupt zuläßt.

wie Geselligkeit als willkommene Unterbrechung des gleichförmig ablaufenden Krankenhaus-Alltags eine wesentliche Rolle spielen.

Von der Möglichkeit zu eigenen Anregungen und Vorschlägen wurde nur spärlich Gebrauch gemacht. Sie beschränken sich auf "Ausführen kleiner Botengänge", "Putzen der Waschbecken", "Selberrichten des Bettes" und "Wickeln von Bandagen".
So unerheblich für den Gesamtablauf eines Krankenhausbetriebes solche Vorschläge auch sind, so könnten sie immerhin eine gewisse Bereitwilligkeit und Einsicht des Patienten erkennen lassen. Doch nur ein vergleichsweise bescheidener Teil (19,9 % bzw. 23,0 %) äußerte sich dazu.

TABELLE 85

Eigene Vorschläge haben Patienten geäußert:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) Vorschläge geäußert	20,8	18,8	21,4	16,7	19,9
b) kein Vorschlag	79,2	81,2	78,6	83,3	80,1
weiblich					
zu a)	19,0	25,0	-	38,1	23,0
zu b)	81,0	75,0	100,0	61,9	77,0

Auf finanzielle Selbstbeteiligung hin angesprochen, ist es nicht weiter verwunderlich, wenn die anfängliche Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Vorschlägen nun ein plötzliches Ende findet.

TABELLE 86

Bereitschaft zur Übernahme eines Kostenanteils an der Verpflegung: [1]

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
a) ja	5,6	18,8	14,3	55,6	16,2
b) nein	94,4	81,2	85,7	44,4	83,8
c) falls ja: höchstens DM 5.-	50,0	50,0	100,0	10,0	36,4
d) zwischen DM 6-10	50,0	50,0	-	40,0	40,9
e) zwischen DM 11-20	-	-	-	50,0	22,7
weiblich					
zu a)	22,2	22,7	28,6	19,0	22,2
zu b)	77,8	77,3	71,4	81,0	77,8
zu c)	71,4	30,0	50,0	50,0	53,3
zu d)	28,6	70,0	50,0	50,0	46,7
zu e)	-	-	-	-	-

1) Die Prozentangaben beziehen sich in diesem Falle nur auf die Antworten, die in der vorangegangenen Frage eine positive Einstellung bekundeten.

Weniger als ein Viertel der darauf Angesprochenen wäre damit einverstanden.

Unter dem Aspekt eines eventuell kostensenkenden Faktors gesehen, ergab sich zum Thema "Präventivmedizin" folgende Verteilung der Ansichten:

TABELLE 87

Ansichten einer möglichen Kostensenkung durch regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
ja	61,1	83,3	78,6	94,4	72,1
nein	16,7	12,5	7,1	5,6	13,2
keine Meinung	22,2	6,2	14,3	-	14,7
weiblich					
ja	68,3	90,9	71,4	71,4	76,3
nein	11,1	2,3	-	19,0	8,9
keine Meinung	20,6	6,8	28,6	9,6	14,8

So wollen immerhin mehr als 70 Prozent dem sogenannten "Vorsorgeprogramm" eine kostendämpfende Wirkung zuerkennen, obwohl gerade dazu eine Beurteilung schwer fällt.

Präventiven Charakter mit zweifellos kostendämpfender Wirkung hat folgende Frage, die an die Einsicht des Einzelnen appellierte.

TABELLE 88

Ansichten zu der Frage, ob der Einzelne mit einer bedachten Lebensweise ein wenig zur Erhaltung seiner Gesundheit und somit zur Senkung damit verbundener Krankheitskosten beitragen kann:

	AOK	ErsatzK	BetrK	Priv.	Pat.ges.
	%	%	%	%	%
männlich					
ja	84,7	96,9	71,4	94,4	87,5
nein	6,9	3,1	-	5,6	5,1
keine Meinung	8,4	-	28,6	-	7,4
Weiblich					
ja	85,7	93,2	85,7	95,2	89,6
nein	7,9	2,3	14,3	-	5,2
keine Meinung	6,4	4,5	-	4,8	5,2

Beinahe alle Befragten (87,5 % bzw. 89,6 %)gaben sich so einsichtsvoll.
Ob dieser Einsicht auch die notwendige Tat folgt, ist angesichts steigender Krankheitszahlen, wie z.B. durch Alkoholismus oder Übergewicht bedingt, eine andere Frage, die es hier nicht mehr zu erörtern galt.

C. ZUSAMMENFASSUNG

Die außerordentlichen, das volkswirtschaftliche Wachstum in der Bundesrepublik Deutschland weit übersteigenden Zuwachsraten bei den Kosten im Gesundheitswesen bis in die jüngste Zeit (1976) haben zu einer ständig steigenden Soziallastquote geführt. Diese Entwicklung wurde somit zu einem bedeutenden Politikum. In zunehmenden Maße wurde von den im Gesundheitswesen Verantwortungtragenden erkannt, daß Maßnahmen zur Beruhigung dieser auf die Dauer untragbaren Kostenentwicklung ergriffen werden müssen. Es ist eine Tatsache, daß in erster Linie die Kosten der stationären Behandlung im Krankenhaus einen ungewöhnlich steilen Anstieg erfahren haben vor allem als Folge der starken Zunahme der Personalkosten durch Veränderung im Kreis des Pflegepersonals und Anpassung der Arbeitszeit und Entlohnung an die Tarife für den öffentlichen Dienst. Da die Personalkosten durchschnittlich 75 Prozent der gesamten Betriebskosten betragen, ergaben sich naturgemäß erhebliche Auswirkungen auf die Gesamtkostenlage der Krankenhäuser.

Die Bundesregierung und die Länder versuchen mit Nachdruck, durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972), die Bundespflegesatzverordnung (1973), die Krankenhausbedarfspläne der Länder (Bayern 1973) und zuletzt durch das Krankenversicherungs - Kostendämpfungsgesetz (1977) - um nur die wichtigsten Initiativen zu nennen - die wirtschaftlichen Verhältnisse der leistungsfähigen Krankenhäuser zu sichern und zugleich der öffentlichen Hand Einflußmöglichkeiten auf die Kosten einzuräumen.

In der stetig gestiegenen Höhe des Pflegesatzes spiegelt sich zwangsläufig die Kostenentwicklung wider. Ein Druck auf den Pflegesatz seitens der die Leistungen

des Krankenhauses benötigenden kranken Menschen ist nicht möglich, denn für den überwiegenden Teil der Leistungen im Gesundheitsbereich können die Regeln der freien Marktwirtschaft nicht gelten. Insbesondere kann der Preis aus verschiedenen Gründen keine Funktion als Regulativ für Angebot und Nachfrage derartiger Leistungen ausüben, weil für den Verbraucher der Gesundheitsleistungen keine absolute Entscheidungsfreiheit besteht. Der Pflegesatz, der ja kostendeckend festgesetzt sein muß, kann daher nur über eine Beeinflussung der Kosten auf einer vertretbaren Höhe gehalten werden. Diese Einflußnahme kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Stets setzen die zu ergreifenden Maßnahmen aber ein ausreichend entwickeltes Kostenbewußtsein voraus, das bei den Beteiligten gewissermaßen als innerer Kompaß zu dienen hat.

Die vorliegende Studie befaßt sich mit dem Kostenbewußtsein im Krankenhaus bei Arzt und Patient; sie ist als Beitrag zur MEDIZINISCHEN ENTSCHEIDUNGSLEHRE bestimmt. Unter Verwendung wirtschaftswissenschaftlich fundierter Regeln der Kybernetik wurde nachgewiesen, daß der marktwirtschaftliche Regelmechanismus wegen der besonderen Stellung bzw. Funktion des Arztes als Anbieter und Verteiler im Gesundheitswesen nicht zur Auswirkung gelangt und damit hier ohne Bedeutung ist. Anstelle des Preises treten die Kosten als Regulativ, denn nur sie können den zur Leistungserstellung erfolgten Güter- und Leistungsverzehr quantitativ im Geldmaßstab zum Ausdruck bringen. Kosten können von den Verantwortlichen als zwangsläufig und nur gering beeinflußbar hingenommen werden; diese Reaktion ist unverantwortlich und schädlich. Kosten müssen laufend kritisch verfolgt und zur Beurteilung ihrer Angemessenheit intern und extern verglichen und ausgewertet werden. Ein Kosten-

bewußtsein - sei es schwach oder gut ausgebildet - ist die Voraussetzung für kostenwirksames Verhalten.

Im Hauptteil der Studie sind die Ergebnisse einer beschränkten Erhebung durch Befragung von 110 in Krankenhäusern und Kliniken tätigen Ärzten verschiedener Verantwortung und von 271 Krankenhaus-Patienten aufgeführt. Es bleibt offen, ob man die aufgrund der Antworten gewonnenen Erkenntnisse verallgemeinern kann oder ob sie nur auf die Befragten zu beschränken sind.

Bei der Beantwortung des Fragenkataloges waren erwartungsgemäß die Ärzte infolge ihres umfangreicheren Allgemeinwissens und ihres besseren Einblickes in die Verhältnisse des Krankenhauses den Patienten überlegen. Letztere konnten häufig wegen Nichtwissens keine Antwort geben. Gleichwohl konnte der Begriff "Kostenwirksamkeit" von der Mehrzahl der Ärzte und Patienten befriedigend definiert werden. Dagegen war bei der Befragung nach den mit der Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit verbundenen Folgekosten externer Art das Ergebnis nicht zufriedenstellend, weil dabei Ärzte und Patienten überfordert waren. Die Fragen nach Einschätzung interner, im Krankenhaus anfallender Kosten wurden recht unterschiedlich beantwortet. Im Ganzen entstand der Eindruck, daß die Kenntnis der Hauptkostenarten nicht sehr fundiert ist, so daß zutreffende Antworten mehr dem Zufall als dem Wissen entsprangen. Bei den Ärzten dürfte sich dies im wesentlichen auf drei Ursachen zurückführen lassen:

1. ungenügende Information durch die Krankenhausverwaltung über die Kosten;

2. unterentwickeltes Interesse an den nicht unmittelbaren medizinischen Vorgängen und Verhältnissen im Krankenhaus;

3. Spezialisierung auf bestimmte wenige Untersuchungs- und Behandlungsgebiete, wodurch das Blickfeld für Fakten im Kostenbereich verengt ist.

Sehr positiv und mit guten, realisierbaren Vorschlägen beantworteten die meisten Ärzte die Frage nach ihrer persönlichen Meinung über verbesserungsbedürftige und verbesserungsfähige Verhältnisse im Krankenhaus. Diese Äußerungen können durchaus als Zeichen eines kostenbewußten Denkens verstanden werden.

Bei den Patienten war gleichfalls ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Kostenbewußtsein festzustellen. Bedeutsam war die von einer starken Mehrheit geäußerte Meinung, daß die Beitragshöhe zur gesetzlichen Krankenversicherung gerade richtig und die Versorgung im Krankenhaus gut sei. Die Mehrbelastung durch steigende Krankenkassenbeiträge wird den meisten Patienten wegen des weithin verbreiteten Nettolohndenkens nicht bewußt. Ein hoher Prozentsatz der befragten Patienten hat auch erklärt, daß er kostenbewußt eingestellt sei und in seinen Ansprüchen im Krankenhaus unabhängig von der Beitragshöhe maßhalten würde. Allgemein wurde durch die Befragung der Eindruck gewonnen, daß das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Patienten das Gefühl für die mit der Behandlung verbundenen Kosten verkümmern oder gar nicht erst aufkommen läßt. Beim Kostenerstattungsprinzip wäre dies nicht der Fall, da die Antworten der privatversicherten, nach diesem Modus abrechnenden Patienten im Schnitt auf ein besser entwickeltes Kostenbewußtsein schließen lassen.

Ausblick

Aus der durchgeführten Erhebung wurde die Erkenntnis gewonnen, daß das Kostenbewußtsein im Krankenhaus bei Arzt und Patient allgemein nur mittelmäßig ausgebildet ist. Ein hilfreicher Beitrag zur Kostendämpfung durch Weckung oder Schärfung des Bewußtseins für Eigenart und Wirkung der Kosten kann kaum von Seiten der Patienten, jedoch von den Ärzten erwartet

werden, sofern sie über die für sie wesentlichen wirtschaftlichen Verhältnisse im Krankenhaus und die spezifischen Kosten ihres Tätigkeitsbereichs fortlaufend und ausreichend informiert werden.

Wirksamere und konkrete Maßnahmen zur Kostendämpfung werden sich durch Rationalisierung von Abläufen und Zentralisierung bestimmter Dienste, durch Arbeitsanalysen und nicht zuletzt durch die ab dem Jahr 1978 verbindlich vorgeschriebenen systematische Betriebskostenabrechnung ergeben. Durch letztere wird die bisher überwiegend praktizierte einfache Kostenartenzusammenstellung durch eine verfeinerte, in die Tiefe gehende Aufgliederung der Kosten ersetzt, wodurch die bei den einzelnen Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffen anfallenden direkten Kosten genauer ermittelt werden können. Über die dadurch zu gewinnende größere Transparenz des Kostengefüges im Krankenhaus wäre alsdann auch eine Differenzierung des Pflegesatzes möglich und zwar dergestalt, daß entsprechend der unterschiedlichen Intensität der Pflege und Therapie in allen Fachabteilungen auch ein unterschiedlicher Pflegesatz abgerechnet werden könnte.

Die notwendige Durchleuchtung des Kostengefüges wird nachhaltig unterstützt durch das "Pflegesatzverfahren" bei den zuständigen Behörden der Länder. Hierbei ist den Anträgen der Krankenhausträger auf Genehmigung eines höheren Pflegesatzes zur Erläuterung seiner Kalkulation ein sog. Selbstkostenblatt beizufügen, das sachverständig geprüft wird. Dieses Selbstkostenblatt bildet auch die sachliche Grundlage für die Einigungsverhandlungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen über den Pflegesatz. Als Orientierungshilfen dienen den Behörden und Krankenkassen Erfahrungswerte und Vergleichswerte anderer struktur- und leistungsgleicher

Krankenhäuser. Die Intensivierung der Durchführung externer Kostenvergleiche zwischen den einzelnen Krankenhäusern nach betriebswirtschaftlichen Methoden sowie die Ermittlung und der Austausch von statistischen Kennzahlen, die aus der Betriebskostenabrechnung gewonnen werden, ergeben gleichfalls einen wirkungsvollen Beitrag zur Schärfung des Kostenbewußtseins im Interesse der Kostendämpfung.

LITERATURVERZEICHNIS

ADAM, Dietrich — Krankenhausmanagment im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen, Wiesbaden 1972

BENSCH, Walter — Werden unsere Krankenhäuser wirtschaftlich geführt? in: Der Bürger im Staat, Hrsg.: Landeszentrale für politische Bildung, Baden-Württemberg, 26. Jg. Heft 4 1976, S. 254-259

BESKE, Fritz — Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik und Wissenschaft, in: Pharma Dialog Nr. 30, Hrsg.: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt 1974

BLOHMKE, Maria — Wie ändern sich Inanspruchnahme und Bedarf an ärztlichen Leistungen durch den Patienten bei steigendem Angebot, in: Allgemeinmedizin international, General Practice international, 4/1976, S. 155 - 158

BOGS, Walter u.a. — Sozialenquête - Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart usw., o.J. (1966)

ENGLER, Hermann — Planungsprobleme im Gesundheitswesen, Diss. Zürich 1970, Polygraphischer Verlag

EICHHORN, Siegfried — Krankenhaus und Wirtschaftsordnung, aus der Arbeit des Deutschen Krankenhausinstitutes Nr. 19, November 1963

EICHHORN, Siegfried — Das Zielsystem des Krankenhauses in: Das Krankenhaus, Jg. 62, Heft 3/1970

EICHHORN, Siegfried — Krankenhausbetriebslehre Band II 2. Auflage 1973, Stuttgart 1973

FERBER, Christian v. — Die Rolle des Arztes in der modernen Gesellschaft, in: Der praktische Arzt, 8. Jg., 1971 Heft 11, S. 1146 - 1151

FINZEN, A. — Die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft, in: Engelmeier, Max-P., Popkes, Bernhard Hrsg.: Leitbilder des modernen Arztes, Stuttgart 1971, S.51-59

FRITZ, K. — Die Krankenhausprobleme und Krankenhausreform, in: Der Krankenhausarzt, 45. Jg., Dez. 1972

FOURASTIÉ, Jean — Die große Hoffnung des 2o. Jahrhunderts, 2. Auflage, Köln 1969

GEIßLER, Heiner — Krankenversicherungsbudget '80, Redaktion: Planungsgruppe für Gesellschaftspolitik des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Rheinland-Pfalz, o.O. (Mainz), Stand: März 1976

GYGI, Pierre — Die wirtschaftlich relevanten Besonderheiten der ärztlichen Leistung, in: Der niedergelassene Arzt, Heft 8, 1977, S.116-129

HEINEN, Edmund — Industriebetriebslehre, 3. Auflage, Wiesbaden 1971

HERDER-DORNEICH, Philipp — Sozialökonomischer Grundriß der GKV, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966

HERDER-DORNEICH, Philipp — Die Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen, Köln - Lövenich 1976
identisch mit:
Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen - eine Einführung in die Gesundheitsökonomik, Opladen 1976

LEIBENSTEIN, Harvey — Mitläufer-, Snob- und Vebleneffekt in der Theorie der Konsumentennachfrage, in Streißler, E. und M. Hrsg.: Konsum u. Nachfrage, Köln, Berlin 1966, S. 231 - 255

OETTLE, Karl — Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 1966

REBSCHER, Herbert — Ökonomische Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung mikroökonomischer Aspekte; unveröffentlichte Diplomarbeit, München 1977

REDER, M.W. — Economic Theory and Nonprofit Enterprise, Some Problems in the Economics of Hospitals in AER; Vol. LV, 1965, Papers and Proceedings, S. 472 ff

RIEG, F. — Gemeinsame Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern, in: Die Sozialversicherung, 20. Jg. 1965

SALOWSKY, Heinz
SEFFEN, Achim — System und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industriestaaten, Köln-Lövenich 1976

SCHELLHAAS, Uta — Ökonomische Probleme des Krankenhauses und seiner Finanzierung, in: Sozialer Fortschritt, 1971, S. 54 ff., 92 ff

SCHÜLLER, Alfred — Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland, Köln - Opladen 1967

SPRINGMANN, H.C. — Kostenwirksamkeit medizinischer Entscheidungen; unveröffentlichte Studie, Gauting, Januar 1976

SVEN, Günther — Einweisungsquote und Verweildauer der Sozialversicherten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 9, 1965, S. 318 ff

SWETZ, Paul — Effizienz- und Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus; in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 47 v. 18. November 1976 S. 3031

THIEMEYER, Theo — Der Krankenhauspflegesatz als Preis im System der GKV, Sozialer Fortschritt, Dez. 1968 S. 270, Jan. 1969, S. 17 ff

WALTERSPIEL, Georg — Gemeinsame Besonderheiten Investitionsintensiver und Kundenpräsenzbedingter Dienstleistungsbetriebe, in: Schmalenbachs Zeitschrift für BWL-Forschung, 18. Jg., Köln 1966

WEISSENBÖCK, Herbert — Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, Stuttgart 1974

ZÖLLNER, Detlev — Die Ökonomie der Versorgung mit Gesundheitsleistungen, Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung und Verwaltung 1965, Nr. 85/2, S. 171 - 198

Lebenslauf

Am 6. Juli 1949 wurde ich als zweiter Sohn des Finanzdirektors Diplom-Kaufmann Willi H. Schenk und seiner Frau Anneliese geb. Graumann in München geboren.
Nach dem Besuch der Volksschule von 1956 bis 1960 und anschließend des Nymphenburger Gymnasiums in München bis 1969 erwarb ich dort das Reifezeugnis für das Hochschulstudium.
Im Sommersemester 1972 konnte ich an der Ludwig-Maximilians - Universität München mit dem Studium der Humanmedizin beginnen. In München habe ich folgende Prüfungen abgelegt:

1973 die naturwissenschaftliche Vorprüfung
1974 die ärztliche Vorprüfung
1979 am 29. Mai das Medizinische Staatsexamen.

Am 4. Juli 1979 wurde mir die Approbation zur Ausübung des ärztlichen Berufes durch das Bayerische Staatsministerium des Inneren erteilt.